

BASSIN COXALGIQUE

EN ACCOUCHEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 17 janvier 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M^{lle} BARAKAN PESCHA

Née le 28 octobre 1889, à Varsovie (Pologne Russe)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. HERRGOTT, professeur.... *Président.*
HAUSHALTER, professeur.. }
FRUHINSHOLZ, agrégé.... } *Juges.*
ANDRÉ, agrégé... .. }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VI^e)

—
1914

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

BASSIN COXALGIQUE EN ACCOUCHEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 17 janvier 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M^{lle} BARAKAN PESCHA

Née le 28 octobre 1889, à Varsovie (Pologne Russe)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. HERRGOTT, professeur....	<i>Président.</i>
	HAUSHALTER, professeur..	{ <i>Juges.</i>
	FRUHNSHOLZ, agrégé....	
	ANDRÉ, agrégé.. ..	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. MEYER, ✱, I ✱.

Assesseur : M. WEISS, ✱, I ✱.

Doyen honoraire : M. GROSS, O ✱, I ✱.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✱, I ✱, NICOLAS, I ✱,
PRENANT, ✱, I ✱, BERNHEIM, O ✱, I ✱.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O ✱, I ✱.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, ✱, I ✱.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I ✱.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, ✱, I ✱.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I ✱.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, ✱, I ✱.
Clinique obstétricale et Accouchements...	M. A. HERRGOTT, ✱, I ✱.
Hygiène.....	M. MACÉ, I ✱.
Physiologie.....	M. MEYER, ✱, I ✱.
Clinique médicale.....	M. SIMON, I ✱.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I ✱.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I ✱.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, ✱, I ✱.
Clinique des Maladies des Enfants.....	M. HAUSHALTER, I ✱.
Histologie.....	M. BOUIN, I ✱.
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, I ✱.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I ✱.
Pathologie générale et Pathologie interne..	M. ETIENNE, I ✱.

Professeurs-Adjoints

Clinique d'Électrothérapie (I).....	M. GUILLOZ, ✱, I ✱.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I ✱.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des Maladies des Vieillards.....	M. RICHON, I ✱, agrégé.
Clinique des Maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, I ✱, ag. libre.
Accouchements.....	M. FRUBINSHOLZ, I ✱, ag. en exerc.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (I).....	M. FRÉLICH, I ✱, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (I).....	M. JACQUES, I ✱, agrégé libre.
Clinique des Voies urinaires (I).....	M. ANDRÉ, I ✱, agrégé libre.
Clinique des Maladies mentales.....	M. PARIS, I ✱.
Médecine opératoire.....	M. MICHEL, I ✱, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. ZILGIEN, I ✱, agrégé libre.
Clinique médicale élémentaire.....	M. ZILGIEN, I ✱, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire.....	M. MICHEL, I ✱, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses.....	M. PERRIN, A ✱, agr. en exerc.
Clinique des maladies tuberculeuses.....	M. J. PARISOT, A ✱, agr. en ex.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
GUILLOZ, ✱, I ✱.	DUFOUR, I ✱.	BINET, A ✱.
LAMBERT, I ✱.	SENCERT, A ✱.	PERRIN, A ✱.
RICHON, I ✱.	ROBERT, I ✱.	THIRY, I ✱.
G. GROSS, I ✱.	BUSQUET, I ✱.	FAIRISE, A ✱.
FRUBINSHOLZ, I ✱.	LUCIEN, A ✱.	J. PARISOT, A ✱.
COLLIN, A ✱.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ✱, FÉVRIER, O ✱, I ✱, ZILGIEN, I ✱, FRÉLICH, I ✱,
JACQUES, I ✱, ANDRÉ, I ✱, MICHEL, I ✱, L. SPILLMANN, I ✱.

M. H. COIFFARD, I ✱, Secrétaire.

1. Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*A vous tout d'abord j'offre ce
travail en gage de ma recon-
naissance infinie et de mon
amour filial.*

A MON CHER FRÈRE

*Avec qui j'ai passé mes années
d'études à Nancy.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. FRUHINSHOLZ

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE NANCY

A MES MAÎTRES DE L'UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER

INTRODUCTION

Le 15 janvier 1913 M. le professeur agrégé A. Fruhinsholz a fait une communication intéressante à la Réunion Obstétricale et Gynécologique de Nancy à propos d'une opération de Porro dans un cas de bassin coxalgique à type exceptionnel (obs. XIII). Cette opération était faite dans le service de notre éminent maître M. le professeur A. Herrgott, et c'était la première fois depuis que M. le professeur A. Herrgott dirige le service de la Maternité de Nancy, que le bassin coxalgique a nécessité cette intervention. Peu de temps après, notre maître estimé, M. A. Fruhinsholz, nous a proposé le bassin coxalgique comme sujet de notre thèse. Pendant le trimestre d'été 1913, M. le professeur A. Herrgott, dans ses leçons cliniques si éloquentes et intéressantes, a traité la question du bassin coxalgique. Nous avons tâché d'en tirer profit.

En présence d'un sujet aussi vaste et aussi important, il nous eût fallu des années d'expérience et des observations extrêmement nombreuses pour mener à bien une telle question dans son ensemble. Nous ne possédons ni l'une, ni l'autre de ces conditions ; aussi nos prétentions sont moins élevées et nous laissons à de plus autorisés la tâche de donner à cette question tout le développement qu'elle exige.

Jusqu'à 1878 le bassin coxalgique n'avait pas été étudié spécialement, Guéniot, en 1869, et Verneuil, en 1877, ne font que le mentionner.

Il est à noter que dans la plupart des classiques nous n'avons rien trouvé à ce sujet. Nœgele écrit : « les anomalies du bassin dépendant des maladies de l'articulation coxo-fémorale sont très rares ; l'existence de cette variété de vices de conformation est démontrée par l'anatomie pathologique, mais jusqu'à présent nous manquons encore à peu près complètement d'observations probantes, de leur influence sur l'accouchement. »

Les lésions du membre inférieur sont considérées pêle-mêle comme des causes de viciation pelvienne et le plus souvent les cas de coxo-tuberculose sont groupés avec les luxations congénitales de la hanche. Bien mieux, la coxo-tuberculose, sans déplacement de la tête fémorale, semble être reléguée au second plan et ne présenter d'intérêt obstétrical que du jour où elle se complique de luxation spontanée. Surviennent pourtant, en dehors des observations isolées, des traités d'accouchements en langue allemande.

pour la plupart, où les auteurs consacrent quelques pages au sujet spécial qui nous intéresse. Ce sont les livres de Spiegelberg (1878), de Zweifel (1887), de Schröder (1888) et enfin de Muller (1899).

En France, M. Lannelongue, dans ses leçons sur la coxo-tuberculose, attire l'attention des accoucheurs sur la physionomie particulière que prend le bassin, consécutivement à la maladie de la hanche. Enfin, M. Sabatier, après avoir fait paraître un travail sur le bassin coxalgique, renonce dans une seconde publication à une partie des conclusions qu'il avait admises tout d'abord (Demelin).

Nous ajouterons, de notre part, que depuis le temps où fut publié cet article de M. Demelin, beaucoup de travaux ont apparu, parmi lesquels nous signalerons les publications de Bonnaire dans le *Traité* de Tarnier et Budin, de Ménard, Verneuil, Maygrier, thèse de Prouvost et autres.

Notre modeste travail comprendra plusieurs chapitres. Tout d'abord nous donnerons un aperçu général sur la coxalgie. Puis nous verrons quelles sont les déformations du bassin et comment on peut les expliquer. Nous tâcherons ensuite de montrer comment se produit l'accouchement dans le bassin coxalgique. Après avoir exposé comment il faut examiner la femme coxalgique, nous nous arrêterons plus longuement sur le pronostic. Nous verrons comment évolue la grossesse chez les coxalgiques, comment elles accouchent, quelle est la destinée des enfants et, d'autre part, quelle est l'influence de

la grossesse et de l'accouchement sur la coxalgie elle-même.

Dans le dernier chapitre, nous dirons quelle est la conduite à tenir en présence d'une parturiente coxalgique pendant son accouchement. Après avoir exposé les observations recueillies pendant les quinze dernières années à la Maternité de Nancy, nous donnerons des conclusions de notre humble travail.

Au moment de terminer nos études médicales, qu'il nous soit permis de remercier tous ceux qui ont contribué à notre instruction médicale et qui ont bien voulu s'intéresser à nous. Nous sommes heureuse de leur exprimer ici l'assurance de notre entier dévouement. Envers certains d'entre eux, nous avons contracté une dette de reconnaissance particulière. Nous remercions M. le professeur A. Herrgott de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous garderons un très bon souvenir de ce maître qui prodigue tous ses instants à l'instruction médicale de ses élèves. Que M. le professeur Haushalter reçoive nos sincères remerciements pour ses leçons cliniques si scientifiques et si intéressantes, et c'est à lui que nous devons le meilleur de notre instruction médicale. Nous lui sommes bien reconnaissante d'avoir bien voulu faire partie de notre jury. Nous remercions M. le professeur agrégé Fruhinsholz pour tous les renseignements qu'il nous a donnés au sujet de notre thèse. Nous garderons de lui un souvenir plein de la plus profonde sympathie et de

— II —

la plus vive reconnaissance. Nous devons une reconnaissance particulière à M. le professeur agrégé André non seulement pour ses excellentes leçons, mais aussi pour le vif témoignage de bienveillance qu'il nous a prodigué au cours de la maladie de notre frère.

Nous conserverons enfin le meilleur souvenir de savantes leçons de nos anciens maîtres de Montpellier, MM. les professeurs Grasset, Vialleton, Rauzier et Hédon.

CHAPITRE I

DE LA COXALGIE EN GÉNÉRAL

La coxalgie est une arthrite tuberculeuse de la hanche, mieux appelée par Lannelongue, coxo-tuberculose.

C'est un abcès tuberculeux, constitué par une enveloppe : capsule articulaire et surface osseuse et par un contenu : fongosité, caséum, pus tuberculeux. La transformanion fongueuse se fait lentement.

La coxalgie évolue d'une façon brusque ou plus souvent d'une façon insidieuse.

Exceptionnelle chez les nouveau-nés, rare à un âge avancé, elle apparaît généralement entre cinq et dix ans.

La coxalgie peut frapper exclusivement ou bien avec prédominance une partie de l'articulation coxo-fémorale, c'est-à-dire le fémur ou la cavité cotyloïde.

L'origine peut être osseuse ou synoviale. La fréquence d'origine osseuse est plus grande d'après les observations et les recherches.

Le début par la synoviale appartient surtout au nourrisson, dont l'épiphyse fémorale et la plus

grande partie du cotyle sont encore cartilagineuses.

Lorsque l'origine est synoviale, la transformation débute dans une région, gagne insensiblement les parties voisines et se propage à une plus ou moins grande étendue de cette membrane. Les premiers points d'envahissement sont les culs-de-sac adhérents à l'os ou les parties réfléchies sur l'os.

Quand l'origine est osseuse, les petits foyers centraux ou périphériques peuvent rester latents pendant des mois ; souvent ce n'est pas ainsi. Nés dans l'intérieur de l'os, ces bourgeons tuberculeux déterminent l'agrandissement des canaux de Havers ou de véritables pertes de substance de la surface des os ; ils atteignent ainsi le périoste et enfin gagnent les tissus extérieurs où leur développement continu est d'autant plus rapide que ces tissus leur offrent moins de résistance. L'agrandissement des cellules, de l'os par fusion de plusieurs cellules, peut aboutir à des ulcérations des os, cavités osseuses avec ou sans séquestres, perforations, fistules caséeuses.

Dans d'autres cas, on a en même temps une ostéite productive qui est liée non à la tuberculose, mais à l'ostéite infectieuse secondaire. Cette hyperostose se rapporte à une coxalgie longtemps fistuleuse. L'hyperostose est parfois si grande, qu'elle forme une sorte de tumeur, rendant une dystocie possible, comme nous le verrons plus loin.

Un des premiers effets de l'ostéite cotyloïde est d'entraîner l'ossification prématurée de l'Y cartilagineux. L'expansion progressive de l'os coxal se trouve

alors étouffée et présente un arrêt de développement. L'action tuberculeuse produit souvent des altérations profondes. De plus, les déformations des surfaces sont influencées par la compression.

Les parties comprimées sont celles qui s'ulcèrent en premier lieu et qui plus tard offrent les destructions les plus profondes.

La propagation des lésions peut encore donner les abcès intra et extra-articulaires. Ces abcès peuvent être précoces ou tardifs, après plusieurs années, ou bien les abcès sont précédés pendant plusieurs mois de la douleur. Leur siège est presque toujours : 1° au pli de l'aîne ; 2° sous le tenseur du fascia lata ; 3° dans les adducteurs ; 4° dans les muscles fessiers.

Les altérations ulcéreuses de la hanche modifient les rapports des surfaces articulaires suivant deux types : subluxation ou luxation. On peut encore avoir le cas où les deux surfaces ulcérées, tête atrophiée d'une part, cotyle érodé et agrandi d'autre part, restent en contact, la tête largement logée et profondément engagée dans le cotyle. Cette ulcération compressive entraîne un déplacement lent du moignon fémoral et est qualifiée luxation spontanée ou pathologique, mieux appelée fausse luxation.

Nous verrons ensuite quel est le retentissement de la coxalgie sur les déformations du bassin et nous terminerons ce chapitre en donnant le tableau clinique de cette affection et, en quelques mots, le traitement et le mode de guérison.

Cliniquement, la coxalgie présente trois périodes :

Période de début. — L'évolution est lente le plus souvent. Elle se caractérise par une claudication, fatigue et signe de maquignon. Si on examine le malade couché sur le ventre, on trouve déjà une limitation des mouvements, de l'extension, de l'abduction, de la rotation et, en dernier lieu, de la flexion. Le malade accuse une douleur à la hanche, provoquée par la marche, par la pression et par les chocs sur le trochanter et sur le talon. Dans la plupart des cas on voit une atrophie musculaire, un aplatissement du relief de la cuisse. Cette atrophie peut être marquée par l'épaississement du tissu cellulaire. Dans beaucoup de cas, on trouve l'engorgement ganglionnaire traduisant la nature tuberculeuse de l'arthrite.

Dans certains cas, le début est brusque par la douleur, les contractures, la fièvre quelquefois.

La seconde période est en quelque sorte l'accentuation des signes précédents. La limitation des mouvements devient très marquée et l'attitude est souvent fixe. Cette limitation est surtout due à la contracture. On peut observer l'abaissement de la hanche malade, d'où allongement apparent.

La douleur est variable et peut même faire défaut. Il y a des cas où la douleur est précoce avant l'altération des os ou bien la douleur tardive de l'abcès, qui est plus tenace, plus aiguë et qui s'atténue quand l'abcès apparaît. L'abcès s'accompagne souvent de l'empatement de la région.

Quant à la douleur précoce, elle se calme dans la plupart des cas par le repos.

Troisième période. — L'aggravation des douleurs et de la claudication a rendu la marche impossible. Le membre se place dans une attitude vicieuse. On distingue deux attitudes coxalgiques, qui se succèdent ordinairement : 1^o l'une dans laquelle la cuisse se met en flexion, abduction et rotation externe ; 2^o l'autre en flexion, adduction et rotation interne. Ces positions fixes sont au début faciles à réduire dans le sommeil chloroformique.

Ces attitudes vicieuses sont généralement corrigées par les déplacements secondaires du bassin et du rachis.

C'est aussi dans la troisième période qu'on voit les luxations. L'ascension trochantérienne se détermine par la ligne Nélaton-Roser.

L'apparition des abcès montre presque toujours l'évolution avancée de la coxalgie.

Ménard a observé aussi la tuberculose juxta-coxale, c'est-à-dire siégeant sur les différents points du squelette de la hanche ; mais en clinique la coxalgie donne toujours le même tableau symptomatique, que le siège du processus inflammatoire soit plus ou moins éloigné.

La coxalgie double n'est pas extrêmement rare.

Le plus souvent, la coxalgie ne commence pas en même temps des deux côtés. Il arrive qu'un nouveau foyer de coxalgie se forme dans une hanche au moment où l'autre est guérie.

Dans le cas de coxalgie double, la mortalité est élevée et ceux qui survivent ont une infirmité grave. Chez ces malades les deux hanches sont altérées plus ou moins profondément et d'une manière différente. Tantôt l'ascension du fémur est modérée et par suite l'ankylose est plus ou moins serrée. Les deux membres prennent une direction asymétrique et la marche n'est possible qu'avec les béquilles.

La coxalgie est une maladie de longue durée et, dans les cas même bénins, il faut compter deux ou trois ans.

Le pronostic dépend surtout de la suppression et des conditions hygiéniques.

Le traitement doit être tout d'abord général et, si c'est possible, séjour à la campagne ou au bord de la mer.

Si la coxalgie n'est pas suppurée il faut :

1^o Maintenir ou ramener le membre en attitude normale ;

2^o Enrayer les progrès de l'ulcération compressive.

Il faut donc une extension continue ou bien une immobilisation en bonne position dans un appareil.

La réduction de l'attitude vicieuse s'obtient sans peine au début, plus tard, si la contracture est accentuée, cette réduction s'opère sous chloroforme. On ne cherchera pas une correction complète, car une très légère flexion avec un peu d'abduction facilite la marche avec une hanche ankylosée.

L'immobilisation doit être prolongée et elle conduit à l'ankylose, qui est à rechercher presque toujours,

car la persistance des mouvements expose aux récurrences.

Les fistules sont toujours une grave complication, aussi n'incisera-t-on les abcès que s'ils ont pris l'allure d'abcès chauds et menacent de s'ouvrir spontanément.

On traite des abcès par des ponctions évacuatrices et des injections modificatrices.

La résection n'est indiquée que dans le cas où, malgré le drainage, la suppuration abondante entretient la septicémie.

Le traitement a une très grande influence sur la marche de la maladie et sur les déformations du bassin. La coxalgie, traitée dès le début et pendant un temps prolongé, donne de très bons résultats et les complications sont évitées.

Dans le cas contraire, nous avons des suppurations, des fistules, des lésions atrophiques, destructives et l'ostéite infectieuse s'y ajoute.

Le mode habituel de guérison est l'ankylose, qui est en bonne position, lorsqu'il s'agit d'une coxalgie bien traitée, et l'ankylose en position vicieuse dans le cas de coxalgie non traitée ou traitée tardivement. Nous pouvons donc avoir différentes formes d'ankylose, dont les principales sont :

- 1° Ankylose du membre coxalgique en extension ;
- 2° Ankylose du membre coxalgique en flexion de la cuisse sur le bassin ;
- 3° Ankylose du membre coxalgique en abduction et rotation en dehors ;

4° Ankylose du membre coxalgique en abduction et rotation en dedans.

Mais, puisque la coxalgie amène encore souvent l'arrêt du développement de l'os, nous aurons alors en plus le raccourcissement du membre malade.

Pour que la station debout et la marche soient possibles dans ces conditions, on a recours aux béquilles et aux chaussures orthopédiques. Mais la nature elle-même intervient souvent en produisant les déformations compensatrices du bassin et de la colonne vertébrale.

CHAPITRE II

CONFORMATION DU BASSIN COXALGIQUE

La coxalgie modifie beaucoup la forme du bassin et d'autant plus que l'affection a débuté à l'âge plus précoce, lorsque le bassin n'a pas encore atteint son développement complet.

Ces déformations ne sont pas toujours les mêmes : il n'y a pas un bassin coxalgique, mais il y en a plusieurs. Les modifications seront subordonnées à la forme de la coxalgie, à l'intensité de la maladie, à l'usage ou non usage des extrémités avant et après la guérison. Nous aurons donc plusieurs variétés des bassins.

Chacune des périodes de la coxalgie retentit d'une façon spéciale sur les os du pelvis.

La coxalgie peut exceptionnellement guérir à la première période et ne laisser après elle qu'un simple arrêt de développement du côté malade sans déviation du bassin. Plus tard le côté malade devient retréci par refoulement spontané de la paroi pelvienne raréfiée, ou par ostéite productive. Si on divise

alors les variétés des bassins coxalgiques d'après les périodes de coxalgie on aura :

1° Guérison sans ankylose : troubles trophiques seuls ;

2° Guérison avec ankylose en bonne position ou en abduction : aux troubles trophiques s'ajoute l'aplatissement du côté sain et le diamètre du côté sain sera alors rétréci ;

3° Guérison avec ankylose en adduction : troubles trophiques, aplatissement du côté malade et diminution du diamètre oblique de ce côté.

Ceci s'observe, en effet, dans la plupart des cas, mais il semble qu'il n'existe pas de relation constante entre l'attitude du membre fixé par l'ankylose et l'aplatissement pelvien. Celui-ci siège du côté malade ou du côté sain, quand il y a rotation en dedans et adduction et ce rapport est différent chez les auteurs. Ainsi, dans notre observation XIII, nous avons l'adduction et aplatissement du côté sain. De même, chez Ortel, dans sa thèse.

Nous prendrons donc la classification d'après Chalochet qui est basée sur la généralisation des lésions. Ayant étudié les différents bassins coxalgiques, Chalochet, dans sa thèse, les réduit à trois types principaux :

1° Type oblique ovalaire avec aplatissement du côté coxalgique ;

2° Type oblique ovalaire avec aplatissement du côté sain ;

3^o Type triangulaire avec aplatissement des deux côtés.

Mais avant de parler des déformations d'ensemble du bassin, voyons quelles sont les modifications de chaque os du bassin, tel qu'on trouve chez les enfants coxalgiques.

Chalochet a étudié quinze bassins coxalgiques des enfants et voici à quelles conclusions il est arrivé :

Modifications de chaque partie du bassin :

Os iliaque malade :

A. Région cotyloïdienne présente les lésions classiques de la coxalgie.

B. Le cartilage en Y irrité est le siège d'une suractivité fonctionnelle, mais son ossification n'est pas plus avancée que du côté sain, sauf le cas d'ostéite secondaire infectieuse intense où l'on observe la soudure prématurée des trois pièces d'os iliaque.

C. L'os iliaque est atrophié à distance du foyer coxalgique, hypertrophié dans son voisinage.

a) A distance du cotyle, l'os iliaque est atrophié dans toutes ses dimensions.

b) Au voisinage du cartilage en Y, les trois pièces de l'os iliaque sont agrandies. La ligne innommée malade est souvent allongée. Cette augmentation de longueur porte le plus souvent sur la partie iliaque. Dans aucun cas elle ne s'est trouvée plus courte.

c) L'os iliaque peut être hypertrophié dans toutes

ses dimensions, quand il est soumis à une infection secondaire intense.

D. L'os iliaque est modifié dans sa forme iliaque et dans sa direction.

a) L'aile iliaque est relevée, redressée et aplatie.

b) L'ischion subit une double déviation par un mouvement de bascule autour d'un axe horizontal, mouvement qui porte sa tubérosité en arrière et en dedans.

2° Un mouvement de rotation autour d'un axe vertical, mouvement par lequel sa branche antérieure se porte en dedans, sa branche postérieure en dehors.

La branche ischio-pubienne est rectiligne et grêle.

II. — *Os iliaque sain.* — La région cotyloïdienne, siège de contre-pressions exagérées, est enfoncée et forme voussure dans le pelvis.

La ligne innominée est toujours aplatie, au moins à sa partie moyenne.

L'ischion est repoussé en dedans et en arrière par sa partie cotyloïdienne, attiré en avant et en dehors par sa tubérosité et sa branche antérieure ; la branche ischio-pubienne en avant et en dehors.

III. — *Sacrum.* — Le sacrum est peu modifié dans son développement ; il présente une inflexion latérale qui porte constamment sa pointe vers le côté sain.

Assez souvent aussi, son extrémité inférieure est repoussée en avant.

Les troubles trophiques sont les mêmes chez l'adulte que chez l'enfant, mais il arrive qu'ils sont plus accentués et plusieurs types de lésions s'observent :

a) *Lésions atrophiques*. — L'os iliaque est atrophié dans son ensemble, ce que nous avons rencontré dans presque toutes nos observations. Les ailes iliaques, l'ischion peuvent être très atrophiés et pourtant la ligne innominée et la région acétabulaire garderont leur amplitude normale.

b) *Lésions d'ostéite proliférante*. — La surface acétabulaire épaissie d'ostéophytes peut faire une voussure plus ou moins accentuée dans l'intérieur du petit bassin (bassin de Hecker). Exceptionnellement un abcès peut faire saillie dans le pelvis (obs. VIII).

c) *Lésions destructives*. — Éventualité exceptionnelle, que nous n'avons pas observée. Dans ce cas, on a l'effondrement de la cavité cotyloïde et la pénétration de la tête fémorale dans le petit bassin, qu'elle obstrue.

De plus, au niveau des articulations, on peut observer une synostose sacro-iliaque. La radiographie décèle parfois des faits, qui peuvent passer inaperçus. Ainsi le bassin de l'observation XIII était soumis à

l'examen radiographique par MM. Guilloz et Lamy (1), qui a révélé « que la ceinture pelvienne a subi au niveau de son arc antérieur une véritable dislocation autour de la symphyse pelvienne. Alors que les branches ischio-pubiennes et pubiennes du côté droit occupent une situation normale, celles du côté gauche ont éprouvé par rapport à celles-là une torsion de près de 90 degrés ; elles ont basculé de telle façon que la branche horizontale du pubis se projetait en dehors, tandis que la branche ischio-pubienne proprement dite se déjetait en dedans vers l'excavation ; il en résulte que l'arc antérieur du bassin du côté correspondant forme un plan fortement incliné de haut en bas et de dehors en dedans, constituant ainsi une réduction notable de l'aire pelvienne, surtout accentuée au niveau du détroit moyen et du détroit inférieur dans leur moitié correspondante.

» Naturellement, le mouvement s'est propagé jusqu'à l'épine sciatique et on remarque sur la radiographie la pointe très accentuée qu'elle pousse vers l'excavation ».

Revenons donc aux trois types de bassins coxalgiques de Chalochet.

1° Type oblique ovalaire avec aplatissement du côté coxalgique :

a) Grand bassin asymétrique ; aile iliaque malade

1. Voir la communication faite et publiée par M. A. Fruhins-holz à la Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy le 15 janvier 1913.

relevée, redressée et aplatie, tendant à devenir sagittale ;

b) Déroit supérieur oblique ovalaire, aplati du côté malade.

c) Excavation oblique ovalaire, aplati du côté malade.

En résumé tout le bassin est aplati du côté malade.

Type oblique ovalaire avec aplatissement du côté sain.

a) Grand bassin asymétrique, aile iliaque malade relevée, redressée et aplatie ; aile iliaque saine tendant à devenir sagittale ;

b) Déroit supérieur oblique ovalaire, aplati du côté sain.

c) Excavation aplatie dans sa partie inférieure par le déjettement en dedans de l'ischion malade ; souvent rétrécie en entonnoir ; épines sciatiques saillantes ; axe oblique en bas, en avant et du côté sain.

d) Déroit inférieur oblique ovalaire, aplati du côté malade, en sens inverse de l'aplatissement du déroit supérieur ; rétréci transversalement et souvent d'avant en arrière ; son centre est transporté vers le côté sain.

En résumé la partie supérieure du bassin est aplatie du côté sain, la partie inférieure est aplatie du côté malade.

3° Type triangulaire avec aplatissement des deux côtés.

a) Bassin presque symétrique, rétréci transversalement allongé d'avant en arrière.

b) Déroit supérieur triangulaire à angles arrondis à grand diamètre antéro-postérieur. Lignes innominées très peu concaves, aplaties dans leur portion moyenne avec légère voussure. Le côté sain est le plus aplati.

b) Excavation retrécie transversalement en haut ; dans tous les sens en bas ; épines sciatiques saillantes.

c) Déroit inférieur est peu irrégulier ; retréci surtout d'avant en arrière, si on le compare au déroit supérieur. Son centre est légèrement transporté du côté sain, par la déviation dans ce sens des tubérosités ischiatiques et de la pointe sacrée.

Nous ne citons pas d'autres auteurs, comme Démelin, Bonnaire, Prouvost, Scanzoni, car cette classification est plus générale et nos bassins correspondent plutôt à ces trois types des bassins. De plus nous avons encore dans nos bassins une antéversion et latérotation. Le caractère dominant de ces bassins est l'asymétrie, l'atrophie du côté malade.

Nous avons constaté une diminution des différents diamètres : légère diminution de diamètre antéro-postérieur, des deux diamètres obliques est plus court, celui qui aboutit à l'éminence ilio-pectinée malade (sauf dans l'observation XIII) ; le diamètre transversal est diminué également.

Lorsque la coxalgie a existé des deux côtés, tout le bassin est dilaté quand la malade a pu se servir

des extrémités inférieures par l'aplatissement des lignes innominées. La cavité pelvienne l'est aussi par suite de l'espèce de traction exercée sur les deux cavités cotyloïdes ; il en est de même pour le détroit inférieur du bassin par suite de l'action exercée par les muscles. Les deux moitiés du bassin sont atrophiées. Le bassin s'affaisse lui-même en déterminant une lordose compensée de la colonne vertébrale. Les deux côtés coxalgiques ne sont pas atteints de la même façon. Il arrive (observation de M. Demelin) que, d'un côté, le fémur est luxé et de l'autre il est atteint de carie et des deux diamètres obliques sera plus grand celui qui aboutit à la carie. Le diamètre antéro-postérieur est diminué. Le bassin à double coxalgie est un bassin à viciation complexe et souvent impropre à l'accouchement.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE DU BASSIN COXALGIQUE

Nous avons déjà dit que l'arthrite tuberculeuse de la hanche n'est pas sans retentir avec plus au moins d'intensité sur la conformation du bassin. Nous avons vu ces lésions et déformations et nous tâcherons les interpréter.

Les déformations sont dues aux plusieurs facteurs :

1° Début dans l'âge, avant le terme d'ossification ;

2° Attitudes vicieuses ;

3° Boiterie qui est la conséquence des subluxations du fémur, ankylose de la hanche et l'arrêt du développement.

Mais tout d'abord, les lésions sont exclusivement d'ordre trophique et ce n'est que par la station debout ou la marche que s'ajoutent les déformations dues aux répartitions inégales des forces de la pesanteur à travers la ceinture pelvienne.

Supposons alors que la malade n'a pas marché et étudions ces troubles trophiques.

Nous avons vu que la tuberculose peut débiter

par le fémur ou bien par la cavité cotyloïde. On a donc deux variétés de coxalgie :

1. — *Variété fémorale.* — Les lésions retentissent néanmoins sur le bassin et le voisinage du foyer tuberculeux détermine des troubles trophiques de l'os iliaque et souvent la portion attenante du sacrum. D'après Bonnaire, ce trouble est consécutif à l'inactivité fonctionnelle et à la dégénérescence dont sont atteints les muscles qui s'insèrent aux parois du bassin. Le bassin revêt le caractère d'un bassin atrophique unilatéral.

Le grand bassin conserve à peu près la disposition normale ; cependant, par suite du défaut d'expansion de l'aile iliaque, la crête du côté malade se trouve moins élevée que celle du côté sain et l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade fait en avant une saillie moindre que celle du côté sain.

Le détroit supérieur est asymétrique.

L'accroissement des lésions localisées, les destructions parfois considérables qui en résultent et les troubles profonds amenés par les déviations et les modifications organiques du squelette amènent cette asymétrie.

La base du sacrum est attirée en avant par l'un de ses ailerons, celui qui est attenant à l'os iliaque trop peu étoffé, ce qui le fait tourner de façon à regarder la paroi latérale du côté sain du bassin (obs. V). La symphyse pubienne est parfois déviée vers le côté malade (obs. V, VI). L'atrophie unilatérale du

bassin forme un rétrécissement des diamètres antéro-postérieur et transverse.

Les diamètres sacro-cotyloïdiens sont à peu près égaux, à moins qu'il n'y ait épaissement ou enfoncement de l'arrière-fond du cotyle malade.

Le détroit inférieur conserve les caractères propres du bassin couché infantile : il est généralement rétréci par suite du défaut d'action des muscles ischio-fémoraux ; de plus, il est asymétrique. Ce dernier caractère dépend de l'atrophie de l'ischion qui avoisine le foyer coxalgique.

II. — *Variété cotyloïde.* — Ici les déformations sont plus accentuées. L'envahissement de la paroi pelvienne par le processus tuberculeux ou inflammatoire localisé en partie au fond de la cavité cotyloïde se traduit soit par l'ostéite productive, soit par de la raréfaction ou par une fonte tuberculeuse du tissu osseux.

D'après Lannelongue ces deux ordres de lésions coexistent habituellement.

Un des premiers effets de l'ostéite cotyloïdienne est d'entraîner l'ossification prématurée de l'Y cartilagineux. L'expansion progressive de l'os coxal se trouve chauffée de bonne heure, d'où arrêt de son développement. Il peut arriver que l'inflammation osseuse ait pour résultat d'entraîner un excès de développement de la paroi pelvienne (Hubert).

L'irritation du cartilage d'ossification détermine une superproduction du tissu osseux qui se dépose

sur les bords adjacents des trois pièces constitutives de l'os.

Les effets de l'ostéite productive au prix de laquelle se fait toute guérison dépassent dans certains cas les limites de l'os ancien. Des couches osseuses de nouvelle formation se déposent successivement sur le fond de la cavité cotyloïde et dans un cas rapporté par Hecker il s'était ainsi formé une véritable tumeur osseuse.

L'ostéite raréfiante qui accompagne la fonte tuberculeuse détermine une véritable usure de la paroi pelvienne. Cette usure varie depuis une simple disparition du poli du tissu compact sur la face interne du bassin, jusqu'à la destruction totale du fond de la cavité cotyloïde avec ou sans pénétration de la tête du fémur dans l'excavation pelvienne. Il peut encore arriver que le plancher d'acétabulum soit réduit à une lame osseuse de minime résistance et se laisse refouler en dedans sous la pression des têtes fémorales et forme une obstruction par enfoncement des parois latérales du bassin.

Cet enfoncement peut se produire même en dehors de l'action directe de la pesanteur.

Les contractures musculaires permanentes, symptomatiques de la coxalgie, suffisent à lui donner naissance en raison des pressions exagérées qu'elles déterminent sur le fond du cotyle par l'intermédiaire de l'épiphyse fémorale.

Dans la station debout et la marche, le bassin coxalgique change encore plus.

A l'action déformatrice de la dystrophie osseuse localisée à un côté du bassin vient se surajouter celle qui est due à la surcharge unilatérale de la ceinture pelvienne et à la répartition asymétrique des contre-pressions fémorales.

Dans le bassin normal, les contre-pressions fémorales s'exercent simultanément et symétriquement de chaque côté du bassin au niveau des cavités cotyloïdes, qui sont la convergence des interlignes cartilagineux entre les trois os : ilion, ischion et pubis.

La déformation varie avec l'attitude et l'allure des malades. Selon l'appui prépondérant dans la marche d'un membre malade ou sain, prédominent les déformations mécaniques sur l'os iliaque malade ou sain.

On comprend alors aisément pourquoi les auteurs ne sont pas d'accord sur le siège des déformations, les uns plaçant l'aplatissement de la ligne innommée par exemple du côté sain, les autres du côté malade.

Les observations de différents auteurs nous montrent que l'un ou l'autre peut avoir lieu. Et en effet, supposons que la malade s'appuie sur le côté sain. Cette attitude devient souvent définitive, acquise par habitude et l'os iliaque sain se déformera, changera de direction par rapport au sacrum d'une part et à l'os iliaque coxalgique d'autre part et nous aurons : arrêt de développement de la moitié latérale attenante au foyer de l'arthrite et par un aplatissement et une rétropulsion du côté sain.

Mais il faut ajouter que le côté malade est toujours plus sujet aux déformations que le côté sain.

Prenons à présent les différentes formes de guérison par ankylose et voyons, d'après Bonnaire, comment se déforment dans ces cas le bassin et la colonne vertébrale, et cela nous permettra de comprendre pourquoi le bassin coxalgique est un bassin à viciation complexe. Mais disons-le tout de suite, que les cas cliniques ne viennent pas toujours confirmer les faits ci-dessous (obs. XIII). Néanmoins, il est vrai que dans la plupart des cas cela s'est réalisé.

I. — *Ankylose du membre coxalgique en extension avec raccourcissement*

Si le raccourcissement est prononcé, la boiteuse incline son bassin du côté du membre déformé et la portion élevée du bassin sera le côté sain. Ce sera généralement le côté qui reçoit plus d'appui et nous aurons un aplatissement de la ligne innominée du côté sain. En même temps cette inclinaison du bassin produira pour la position stable une scoliose compensatrice à la région dorsale, qui elle-même sera compensée par une incurvation de même nature, occupant la partie inférieure de la colonne vertébrale et offrant sa convexité orientée vers le côté surbaissé du bassin.

II. — *Ankylose du membre coxalgique avec flexion de la cuisse sur le bassin*

Pour que la marche soit possible, le bassin exécute un double déplacement : il se porte en latéroversion du côté coxalgique et s'incline en même temps d'arrière en avant, et la compensation est donc une lordo-scoliose d'altitude lombaire.

Il est évident que le membre inférieur malade est plus court et nous aurons comme précédemment un aplatissement du côté sain.

III. — *Ankylose du membre coxalgique avec abduction et rotation en dehors*

Cette position du membre est impossible pour la marche et puisque le membre malade ne peut pas bouger par son ankylose, cette correction s'effectue au niveau de la hanche saine et de l'articulation sacro-vertébrale. Ceci donne au bassin une orientation nouvelle. Pour toucher le sol, le membre écarté et demi fléchi est ramené de dehors en dedans et de haut en bas. Tout le poids du corps est donc du côté sain, non ankylosé, et c'est de ce côté que le redressement de la ligne innominée aura lieu. D'autre part, dans ce mouvement, l'os iliaque par l'ankylose de l'articulation bascule aussi de haut en bas et forme une *latéroversion* pelvienne dirigée vers le côté dystrophie. La

demi-flexion de la cuisse se compense par un excès d'inclinaison du bassin en avant.

Pour pouvoir marcher, il faut encore que l'axe du pied malade se rapproche le plus possible de la direction antéro-postérieure, et pour cela l'avant-pied doit subir une rotation de dehors en dedans.

Ce mouvement de correction s'exécute au niveau de la ceinture pelvienne : le bassin pivote excentriquement autour d'un axe vertical passant par l'articulation sacro-iliaque de telle manière que l'os iliaque opposé à l'ankylose se trouve refoulé en arrière et celui du côté sain en avant et nous aurons ici une lordose, scoliose et torsion des vertèbres de la région lombaire.

IV. — *Ankylose du membre coxalgique avec adduction et rotation en dedans*

Ici nous avons presque toujours un raccourcissement du membre malade par suite de subluxation de l'épiphyse fémorale en haut et en arrière, et par l'atrophie consécutive à l'ostéo-arthrite. De plus, un raccourcissement relatif inhérent à la flexion.

Voici ce qui se passe pendant la marche : la cuisse coxalgique fait basculer et relève de bas en haut l'os coxal auquel elle est soudée : latéroversion pelvienne orientée dans la direction opposée à la coxalgie.

Pendant la station, la demi-flexion se corrige par

l'anteversion pelvienne, la rotation du pied en dedans se réduit grâce à un mouvement de torsion du bassin et l'os iliaque coxalgique est entraîné en arrière tandis que celui du côté sain en avant du plan médian transversal.

Donc, en résumé, dans l'abduction, le bassin du côté malade est abaissé et attiré en avant et il est élevé et rétropulsé dans la moitié saine.

Quand le membre est en adduction, la malade y prend son appui prépondérant et la ligue innominée qui a déjà subi un arrêt de développement, tend à prendre une direction rectiligne et puisque la déformation se répartit en conservant les mêmes caractères du haut en bas de l'excavation pelvienne, et nous aurons, au détroit inférieur, la tubérosité de l'ischion et la branche ischio-pubienne du côté malade déjetés en dedans. Il en résulte une angustie pelvienne généralisée et quand il y a adduction on a rétrécissement du détroit inférieur portant sur le diamètre biischiatique.

Nous avons déjà dit dans le chapitre précédent qu'il se forme parfois une synostose sacro-iliaque, véritable trouble trophique. Cette synostose siège presque toujours du côté plus élevé du bassin, là où se trouve la surcharge des pressions.

L'ankylose de la symphyse sacro-iliaque attenante à l'os coxal sain imprime au pourtour du détroit supérieur une configuration de tous points identiques à celle qui existe au même niveau sur le bassin de Nægele.

Les diamètres transverse et promonto-pubien du détroit supérieur diminuent de longueur et le rétrécissement transversal emporte toujours sur le rétrécissement antéro-postérieur.

Comme le détroit supérieur, le détroit inférieur offre très souvent un contour asymétrique. Sa configuration dépend de la situation de l'ischion du côté malade. L'ischion peut être déplacé par les contrepressions fémorales, soit indépendamment, lorsque la coxalgie a débuté avant que les trois os du bassin aient été soudés, soit que le déplacement sera commun et l'ischion obéit alors à l'impulsion imprimée par la tête fémorale à la totalité de l'os dont il fait partie. Lorsque l'appui prépondérant est du côté sain, on aura, dans le premier cas, élargissement du détroit inférieur, dans le second — un rétrécissement. Lorsque la contrepression fémorale asymétrique existe avant le terme de soudure des trois os, elle peut aussi amener, peut-être, une dislocation dans l'articulation et voilà ce qu'écrivit M. Fröhlinsholz dans la communication à propos de la dislocation de la symphyse pubienne, dont nous avons parlé dans le chapitre précédent.

« Nous ne proposerons aucune explication pathogénique ferme de cette altération ; mais nous sommes autorisés à nous demander jusqu'à quel point elle a pu être favorisée par l'ankylose de la hanche en flexion. En effet, le parallélisme des deux membres inférieurs tend à se rétablir normalement en pareil cas, grâce à une antéverson de la moitié corres-

pondante du bassin ; mais on conçoit, si les différentes pièces de l'illion ne sont pas encore solidarisées par la soudure du cartilage en Y que cette antéverson se localise plus particulièrement à l'ischion et au pubis, réalisant ainsi une véritable distorsion de l'arc antérieur correspondant... »

La coxalgie double peut avoir une évolution plus ou moins aiguë. Lorsque la première coxalgie n'était pas encore traitée quand la deuxième se déclare, cette dernière se développera comme une arthrite tuberculeuse ordinaire de la hanche. Si, au contraire, la première coxalgie est déjà dans les meilleures conditions de guérison, la deuxième aura une évolution entravée.

La deuxième coxalgie bénéficie des soins donnés à la première.

La coxalgie double laisse après la guérison une grave infirmité. C'est moins une claudication qu'une difficulté de la marche. Comme les fonctions des membres inférieurs sont troublés par la déformation de l'une et de l'autre hanche et que cette déformation souvent différente à droite et à gauche varie aussi avec chaque malade, on peut prévoir que chaque cas de coxalgie double aboutit à un type particulier de claudication.

Voyons ce qui se passe pendant la marche quand il y a ankylose :

Lorsque la jambe commence à être ramenée en avant, on n'aura pas hypertension de la cuisse sur le bassin par suite de l'ankylose. La malade y supplée

par une flexion exagérée, le pied reposant sur le sol par sa pointe.

Lorsque le pied est détaché du sol chez la coxalgique, on aura une nouvelle suppléance : le bassin exécutera un véritable mouvement de torsion, exécuté dans les articulations vertébrales. L'épine iliaque correspondante est portée sur un plan antérieur à l'autre ; le pied décrit un arc correspondant. Ajoutons encore que dans le cas du rachitisme concomitant les déformations seront beaucoup plus accentuées. Le rachitisme ramollit les os, augmente leur flexibilité et les rend aptes à se déformer.

CHAPITRE IV

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

DANS LE BASSIN COXALGIQUE

Nous allons étudier ici plutôt les maladies des différents temps de l'accouchement dans la présentation du sommet, car c'est seulement cette présentation que nous avons dans tous nos accouchements des coxalgiques. Nous verrons dans le chapitre « pronostic » quelle est la fréquence des présentations vicieuses. Comme dans toutes les viciations pelviennes, la marche de l'accouchement est subordonnée au degré des malformations.

S'il s'agit d'un bassin à type oblique ovalaire du détroit supérieur, l'engagement se fait sans difficulté, à condition que le sommet se présente en position antérieure, de telle manière que ses grandes dimensions s'adaptent au plus long des deux diamètres obliques du détroit supérieur (obs. XI, XV, XVI). Au contraire, l'accouchement peut être difficile lorsque la présentation se trouve orientée suivant le plus petit des deux diamètres obliques ou quand il s'agit d'une position occipito-postérieure (obs. II, V).

Le déjettement en dedans de l'un des ischions, ainsi que la proéminence anormale de l'une des épines sciatiques (obs. III) à l'intérieur du petit bassin, met parfois obstacle à la rotation de la tête, et ainsi le dégagement est retardé ou n'est possible que par l'intervention (obs. III). Dans d'autres cas, c'est la saillie du sacrum qui fait l'obstacle (obs. V). Enfin, les déformations peuvent être telles que l'accouchement par les voies naturelles est impraticable (obs. XIII).

Nous avons observé plusieurs fois le non-engagement de la tête dans l'excavation pendant les derniers mois. D'habitude, dans ce cas d'absence d'accommodation, les positions vicieuses s'observent plus fréquemment, mais nos observations ne confirment pas ce fait. L'engagement se fait souvent au moment du travail.

La rupture prématurée des membranes est très fréquente dans nos observations (15, 15 o/o). De même, la lenteur de dilatation du col est à noter.

La flexion de la tête peut ne pas avoir lieu.

L'engagement de la tête est souvent retardé soit à la suite du peu d'énergie des contractions ou plus souvent par l'obstacle qu'offre le bassin. D'ailleurs, les deux causes peuvent coexister, car nous savons que, plus l'obstacle est grand, plus l'utérus se fatigue (obs. III, VIII). Dans certains cas, l'occiput peut être amené par les fortes contractions vers le côté large du bassin, et tous les autres temps de l'accouchement

se produiront si vite, qu'ils amèneront une déchirure du périnée.

La rotation peut être gênée, comme nous l'avons vu, par les différentes saillies qu'offre le bassin coxalgique au niveau du détroit inférieur.

Il y a des cas où il faut intervenir pour exécuter le mouvement de rotation. Enfin, la rotation peut s'effectuer obliquement ou en arrière (obs. VI, VII, VIII) et, dans ce cas, le dégagement de la tête sera plus long et plus difficile. Ce quatrième temps peut encore être gêné par la position vicieuse de la cuisse ankylosée, surtout par l'adduction. Ici, on risque toujours les déchirures du périnée.

Les deux autres temps de l'accouchement ne présentent pas de difficultés, mais, comme dans chaque accouchement il faut surveiller les circulaires.

Nous mentionnerons seulement qu'au cours des accouchements laborieux il se produit des phénomènes plastiques de la tête du fœtus. Cette tête fœtale subit des déformations pendant son passage à travers le bassin et par l'application du forceps. On peut avoir des chevauchements des pariétaux (obs. III) ou chevauchement du pariétal postérieur sous le pariétal antérieur et en même temps l'occipital déborde sur le pariétal postérieur (obs. XIII). La tête s'allonge surtout suivant le diamètre sus-occipito-mentonnier et s'aplatit souvent transversalement.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DU BASSIN COXALGIQUE

Le diagnostic du bassin coxalgique n'est pas difficile, car presque toujours la malade nous dit qu'elle avait la coxalgie, ou bien elle nous décrit les symptômes qu'elle avait présentés. De plus, notre attention est éveillée parce que la femme boite, parce qu'elle présente l'ankylose de la hanche, etc.

Mais ce qui est difficile, c'est de diagnostiquer la variété du bassin coxalgique à laquelle on a affaire. Il faudra voir encore s'il n'y a pas de rachitisme concomitant, car cette association a un grand intérêt et assombrit le pronostic. On examinera alors méthodiquement la malade comme on procède toujours et surtout dans le cas des viciations pelviennes en général.

On verra de quelle taille est la femme, comment elle marche, vient ensuite l'enquête étiologique, l'interrogatoire et l'inspection générale du squelette. On demande à quel âge elle a commencé à marcher. On cherchera les déformations de la colonne verté-

brale, l'asymétrie du losange de Michaëlis, qui est formé par l'union des quatre fossettes qui sont :

En haut : la limite des vertèbres lombaires et sacrées ou plus précisément la saillie de la cinquième lombaire.

En bas : l'extrémité supérieure du pli interfessier.

Des deux côtés — les épines iliaques postérieures et supérieures qui forment extérieurement des fossettes.

Ce losange est symétrique normalement.

L'histoire des accouchements antérieurs chez les multipares nous est souvent bien utile (obs. VI), mais l'absence d'antécédents dystociques n'implique pas la non existence de déformation du bassin, capable de créer lors d'un accouchement ultérieur une dystocie sérieuse ou un avortement (obs. XII). On procède alors au palper mensurateur, qui sert pour constater une disproportion entre la tête fœtale et le bassin.

L'accommodation pelvienne de la tête fœtale est normalement observée dès sept mois et demi chez la primipare. L'absence de cette accommodation à la fin de la grossesse a une grande valeur séméiologique. Il faut se rappeler que dans le cas de rachitisme, c'est le détroit supérieur qui sera rétréci, mais ce qui domine, c'est l'enfoncement du promontoire, qui aplatit le bassin d'avant en arrière, le diamètre transverse peut rester ou devenir très grand. Les distances sacro-cotyloïdiennes sont très raccourcies. Cette remarque faite, continuons l'examen du bassin coxalgique.

L'exploration externe peut déceler l'existence d'une asymétrie, mais ne fournit pas d'élément précis sur le degré d'asymétrie du petit bassin ni sur l'étendue des diamètres du détroit supérieur et de l'excavation pelvienne. On s'informerá de l'âge auquel la coxo-tuberculose est apparue, de la manière dont elle a évolué, du temps que la malade a passé au lit ou au repos. Tout cela a une grande importance et nous avons déjà vu que plus tôt la coxalgie commence, plus grandes sont les déformations (obs. III, VI). Lorsque la coxalgie débute dans l'âge avancé, les déformations n'existent pas ou sont peu importantes. On regarde aussi dans quelle position se trouve le membre ankylosé, car on sait que l'adduction exagérée peut donner un accouchement dystocique. Par l'inspection et le palper, on se rend compte s'il y a une latéroversion et l'inclinaison pelvienne. Vient ensuite le toucher vaginal. Celui-ci peut nous renseigner sur les différentes particularités du bassin. On peut rencontrer les inégalités sur la paroi latérale, dues à la prolifération de l'os, les saillies du sacrum, des symphyses sacro-iliaques ou des épines. On apprécie le degré et le siège d'aplatissement et on mesure le diamètre promonto-sous-pubien, qui est généralement raccourci par l'atrophie du côté malade. On prendra également les diamètres bierètes et le biépine. Grâce au redressement de la ligne innominée, le diamètre bierète est plus petit dans la plupart des cas (obs. II, V, VI, IX).

Il faut toujours s'assurer par le toucher digital

que l'angle sacro-vertébral n'est pas accessible et que le bassin n'est pas obstrué. Le diamètre utile a une très grande valeur. C'est celui avec lequel va se mettre en rapport le diamètre bipariétal de la tête foetale pour s'engager dans l'excavation. C'est le diamètre le plus petit du détroit supérieur, il va depuis le promontoire ou l'angle sacro-vertébral jusqu'à la partie la plus bombée du pubis. Pour le mesurer, on introduit l'index et le médus dans le vagin de façon que le médus atteigne le promontoire et avec l'autre main on marque le point de l'index qui correspond au pubis. On mesure cette distance, et pour avoir le diamètre utile, on retranche 1 cm. 5 (pour l'épaisseur du pubis). Pour avoir le diamètre biischiatique (nous avons dit plus haut que d'après la position des ischions on juge de la capacité du petit bassin), on fait coucher la femme, on met ses deux cuisses dans la même position : flexion et abduction, on mesure par le centimètre la distance qui sépare les deux ischions, on ajoute 3 centimètres en comptant 1 cm. 5 de chaque côté pour l'épaisseur des parois. Les autres diamètres mentionnés, on mesure par le pelvimètre.

Par l'exploration externe et par le toucher, on se rend compte s'il n'y a rien d'anormal du côté des articulations sacro-iliaques.

De cet examen éliminateur, rendu souvent inutile par l'engagement de la tête foetale à la fin de la grossesse, dépend le pronostic de l'accouchement.

Tous ces moyens indiqués nous renseignent sur

l'étendue du bassin, mais ils ne sont pas suffisants.

Il faut compléter l'examen par une radiographie si c'est possible, car elle seule nous donnera des résultats exacts et nous renseignera le mieux sur les déformations et les hyperostoses du bassin.

De la communication faite par M. Fruhinsholz, il résulte (nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre II) que la radiographie peut révéler les faits échappés même à l'examen bien soigné et par l'accoucheur le mieux expérimenté, comme cela avait lieu dans ce cas. La radiographie ne doit pas être prise dans les derniers mois, car alors la tête fœtale est souvent ossifiée et les contours ne sont pas nets.

Nous terminerons ce chapitre par les conclusions auxquelles est arrivé M. Demelin et que nous avons vérifiées dans nos observations.

« Le bassin coxo-tuberculeux se distingue du bassin de Nœgele et du bassin vicié par luxation congénitale unilatérale à l'aide des caractères suivants :

1^o Atrophie du côté atteint par le processus coxalgique ;

2^o Variabilité dans le siège de l'aplatissement, qui porte tantôt sur la moitié saine et tantôt sur la moitié malade ;

3^o Raccourcissement presque constant du diamètre promonto-sous-pubien, même en l'absence de rachitisme concomitant. Ce raccourcissement est une conséquence de l'atrophie subie par une des moitiés du détroit supérieur ;

4° Variabilité dans la situation occupée par les tubérosités ischiatiques ;

5° Influence presque insignifiante de la luxation fémorale (1) ;

6° Proliférations ostéophytiques, qui, parfois, prennent un développement considérable ».

1. Remarquons que d'après les observations de Prouvost, Ortel, en cas de coxalgie double la luxation a pour effet d'élargir le diamètre bi-ischiatique.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE BASSIN COXALGIQUE

Il nous reste à présent à envisager la question la plus importante au point de vue pratique : comment se comporte la grossesse chez les coxalgiques ; quelles sont les dystocies possibles pendant le travail ; comment vont accoucher les coxalgiques et enfin l'influence de la grossesse et d'accouchement sur la coxalgie.

Nous allons répondre à cette question en exposant les opinions de différents auteurs, en étudiant nos observations et en donnant aussi le résumé de celles d'Ortel, qui avait réussi de recueillir dans sa thèse un nombre assez grand d'observations.

Guéniot dit : « A juger les choses d'après les apparences, il est certain qu'en voyant des femmes, qui boitent, on est porté à penser que la grossesse et l'accouchement doivent être gravement compromis par cette infirmité. Mais le plus souvent l'expérience vient démentir de telles prévisions. D'une autre part,

si trop prompt à généraliser, on se prend à croire que jamais la gestation, ni l'accouchement n'auront à souffrir d'un tel état, les faits viennent pareillement infirmer cette opinion. »

Chez les boiteuses (Bonnaire) les difficultés de la situation instable du centre de gravité apporté à l'exercice de la marche augmentent lorsque les femmes deviennent enceintes. Le développement et la saillie de l'utérus gravide déplacent le centre de gravité et le porte en avant ; aussi les boiteuses se trouvent particulièrement exposées aux chutes sur l'abdomen et par conséquent aux traumatismes de la zone génitale. Mais il ne semble pas que la grossesse soit plus fréquemment interrompue avant terme chez les boiteuses que les femmes bien conformées.

D'après Peu « les boiteuses sont plus en danger que les bossues et principalement celles qui ont les cuisses trop écartées l'une de l'autre ou les hanches luxées en dehors. Pour peu qu'elles soient avancées dans leur terme, ajoute-t-il, elles battent le pavé de leur ventre, ce qui les empêche de porter leur fruit jusqu'au bout ». Lamotte combat cette doctrine. Levret écrit : « Les femmes bossues et boiteuses qui, dans leur jeunesse, n'ont pas subi le ramollissement dans les os, accouchent, pour l'ordinaire, aussi facilement que celles qui ne sont pas contrefaites ou claudicantes, si ces difformités ne leur sont survenues qu'après l'âge de la puberté ; il est rare qu'il en arrive autant à celles à qui la claudication est arrivée en bas âge ». Guéniot écrit : « M. Depaul m'a dit avoir

donné des soins à une dizaine de femmes en travail et affectées de luxation fémorale. Dans la plupart de ces cas la luxation était unilatérale et avait été produite par une coxalgie ; jamais il n'y eut de difficulté dans l'accouchement. Si je suis bien renseigné, ajoute M. Guéniot, « M. Pajot aurait vu 7 cas du même genre ».

Disons tout de suite que les cas mentionnés concernent la luxation qui est fréquente chez les coxalgiques. Demelin dit : « Le pronostic varie suivant le degré de rétrécissement, et, de plus, suivant le siège d'aplatissement. Il y a, en effet, deux causes de rétrécissement dans le bassin coxo-tuberculeux : l'atrophie d'un des os iliaques et le redressement d'une des lignes innommées. Si les deux lésions occupent le même côté, l'accouchement pourra être facile. Si l'aplatissement se trouve du côté sain, la dystocie peut-être grande (1).

1. Ce fait peut être confirmé par l'observation de Maygrier dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, 1900.

N..., trente ans, se présente le 13 janvier 1900 à la consultation de Maternité à la Charité. II-pare. Coxalgie gauche. Début à six ans ; soignée par repos. Application des cataplasmes de farine de lin, suppuration ayant duré très longtemps. Une fistule persiste encore, guérie par ankylose avec flexion, adduction et rotation en dedans du membre pelvien gauche. Luxation démontrée nettement par la radiographie. Bassin. Os coxal gauche atrophié. Côté sain, un très léger redressement de la ligne innommée ; du côté malade, un aplatissement de la paroi latérale du bassin dans toute sa hauteur, depuis et y compris la ligne innommée jusqu'à tubérosité ischiatique ; toutefois, cet aplatissement est surtout marqué à la partie inférieure de l'excavation. Branche ischio-pubienne incurvée en dedans. La mensuration du diamètre bi-ischiatique ne donne d'ailleurs que 7 centimètres. Deux accouchements prématurés artificiels. Enfants morts.

Les bassins à ostéophytes comportent un pronostic tout spécial.

Dans la majorité des cas, dit-on, l'accouchement se fait bien et spontanément à travers un bassin ilio-fémoral. Et il ajoute : « On voit que le pronostic du bassin coxo-tuberculeux est beaucoup plus sérieux que celui du bassin vicié par luxation congénitale. »

D'après Tracou, le pronostic est assez sombre et, à ce sujet, Prouvost remarque :

« Nous n'admettons ces résultats que sous réserve, car la littérature obstétricale n'enregistre guère que les cas graves, les accouchements spontanés, ainsi que leurs particularités n'étant pas le plus souvent relatés. »

En ce qui regarde les présentations vicieuses sur trente-six faits d'accouchements dans le cas du bassin coxalgique, Prouvost a relevé deux représentations de siège au terme de la grossesse.

Les statistiques de Tracou et Demelin indiquent respectivement une mortalité maternelle élevée. Chez Tracou, 9 sur 26, chez Demelin, 3 sur 20. Mais il faut constater le fait, que depuis ce temps-là beaucoup de choses ont changé pour le mieux, la chirurgie a fait des progrès énormes et l'antisepsie seule a déjà considérablement diminué la mortalité. De plus, nous savons que l'opération césarienne et autres interventions obstétricales sont devenues moins graves.

Quant au pronostic pour l'enfant, la mortalité d'après Demelin est de 33 o/o, tandis qu'elle n'est

que de 9 o/o chez Ortel, chez nous elle est de 16 o/o.

Avant d'envisager les faits cliniques, voyons comment influent la grossesse et l'accouchement sur la coxalgie.

Iresco, dans sa thèse, a étudié particulièrement cette question et nous allons résumer ce qui concerne notre cas :

L'acte physiologique, grossesse et accouchement, place les femmes qui le subisse dans un état spécial, qu'il existe là des perturbations de tout l'organisme qui doivent faciliter l'éclosion des diathèses latentes ou réveiller celles qui paraissent endormies. Par l'accouchement, il s'ajoute encore le fait mécanique et l'état général qui l'accompagne. Cet auteur a trouvé que dans aucun cas on ne peut pas noter l'action favorable de la gestation sur l'ostéo-arthrite.

La femme peut bravement supporter sa première couche et c'est seulement son second accouchement qui a rappelé les accidents, et il nous cite un cas d'une ostéo-arthrite d'autrefois qui était guéri au moment de grossesse et qui a réapparu après l'accouchement.

« Dans tous les cas que nous rapportons, l'influence était très nette. La diathèse a été réveillée, la lésion locale a reparu. Dans tous les cas la gestation a manifesté son influence à bref délai. C'est pendant la grossesse, quelques jours ou quelques semaines après l'accouchement que l'affection s'est manifestée, les faits sont trop précis pour qu'on ne puisse voir là autre chose qu'une simple coïncidence. Là encore

toutes les observations sont calquées sur le même type.

» Une femme est atteinte dans son enfance d'une coxalgie, l'immobilisation prolongée en a fait justice, la maladie s'est terminée par l'ankylose. Depuis plusieurs années l'articulation est absolument indolente. Cette femme devient enceinte ; la malade accouche, les phénomènes aigus se manifestent dans l'articulation ankylosée. »

La récidive présente souvent des phénomènes aigus, qui dépassent de beaucoup ceux de l'affection primitive. Dans les observations d'Iresco nous ne trouvons qu'un seul cas concernant la coxalgie, les autres se rapportant à l'ostéo-arthrite d'autre localisation que la hanche.

Les auteurs, Demelin, Bonnairsont d'avis que sous l'influence d'accouchement, les nouvelles poussées inflammatoires peuvent apparaître, lorsque le processus tuberculeux n'était pas complètement atteint.

M. Verneuil, dans son article. *De la tendance pyrogénique pendant la grossesse et l'état puerpéral* nous note une observation à ce sujet :

Coxalgie datant de l'âge de trois ans, traitée pendant trois ans, immobilisation et béquille. La malade fait après de longues courses avec un talon haut. Guérie depuis douze ans et réduite à l'état d'infirmité, grossesse à dix-neuf ans. Retour de la douleur dans le membre affecté et apparition après l'accouchement d'un énorme abcès ossifluent.

La grossesse a évolué normalement. Accouchement

à terme et sans accident. Mais, dès le deuxième mois de grossesse, les douleurs articulaires ont apparu.

Nous n'avons pas eu l'occasion de suivre les malades de nos observations pour constater ce fait. Revenons aux faits cliniques de nos observations.

Nous avons passé en revue les dossiers de 11.746 femmes. Ainsi :

Année 1899.....	613	Année 1907.....	745
— 1900.....	556	— 1908.....	899
— 1901.....	575	— 1909.....	918
— 1902.....	630	— 1910.....	1007
— 1903.....	666	— 1911.....	961
— 1904.....	735	— 1912.....	1029
— 1905.....	705	— 1913.....	970
— 1906.....	737		

femmes, qui sont venues accoucher à la Maternité de Nancy pendant les 15 dernières années (1899-1913) et parmi ce nombre il y avait 16 femmes coxalgiques, dont certaines étaient multipares. Donc, sur 16 observations, nous avons 31 accouchements et 2 avortements. Nous avons observé que d'une façon générale la grossesse présente une évolution normale. La proportion des coxalgiques présentant des troubles sympathiques n'est pas plus grande que normalement. La grossesse n'était pas interrompue par la coxalgie. Sur 33 accouchements de coxalgiques il y avait 2 avortements (obs. XI et XVI), mais la cause ne semble pas tenir à la coxalgie, car dans l'observation XI il s'agit d'une

femme qui avait 5 accouchements ultérieurs à terme, de 5 enfants vivants et, pendant la sixième grossesse, cette femme n'a pas présenté de chutes dont nous avons parlé plus haut.

La cause du second avortement ne semble non plus être due à la coxalgie.

Dans la thèse d'Ortel nous lisons : « Aussi voit-on le plus souvent la grossesse poursuivre son cours chez les coxalgiques et évoluer le plus souvent comme une grossesse normale. C'est même là un danger. Il n'est pas prudent pour les parturientes de vivre ainsi dans une quiétude trompeuse et plus d'une a payé de sa vie, ou plus souvent encore de la vie de son enfant, l'insouciance qu'elle avait mise à s'enquérir de l'issue du prochain enfantement. » Et, en effet, nous avons déjà dit que le bassin coxalgique est un bassin à viciation complexe. Il y a deux des cas où il est nécessaire de surveiller les femmes de près pendant la gestation (obs. VI, VIII).

Le pronostic dépend non seulement de l'âge où a débuté la coxalgie (obs. VII) mais il dépend encore beaucoup de la façon dont cette affection était traitée et nous avons déjà vu que les déformations sont plus grandes lorsque le processus tuberculeux n'était pas arrêté. Presque tous les accouchements dystociques sont les conséquences de la coxalgie fistuleuse, qui a longtemps suppurée. Et en effet, dans le cas de coxalgie mal ou non traitée les positions vicieuses du membre, surtout l'adduction, peuvent créer une cause importante de dystocie.

Cette adduction exagérée de la cuisse avec ou sans luxation peut gêner au cours de l'expulsion du fœtus.

Une autre cause de dystocie peut résulter de l'usure complète de la cavité cotyloïde et la pénétration de la tête du fémur dans la cavité pelvienne, d'où obstruction de cette cavité. C'est surtout et presque exclusivement les déformations de la face interne du petit bassin qui intéressent les accoucheurs. La même obstruction peut avoir lieu par suite d'une hyperostose. Les hyperostoses irrégulières observées sur l'excavation se rapportent à une coxalgie longtemps fistuleuse.

Hecker (*Arch. f. Gynæk.*, t. XVIII) cite un cas d'une arthrite de la hanche droite qui a donné une forte hyperostase. Grossesse à terme. Opération vingt-quatre heures après le début du travail. Mère succombe. Enfant vit, pèse 3.625 grammes. Mesmel dans les mêmes archives nous présente un cas presque analogue. Si le bassin n'est ni aplati, ni obstrué, son asymétrie est pratiquement négligeable. On n'aura pas à redouter de dystocie sérieuse. Dans le cas de dystocie fistuleuse (obs. VI, VIII) il y a lieu de reconnaître et d'isoler les orifices cutanés, sources possibles de l'infection au moment d'accouchement.

La dystocie s'observe surtout chez les femmes présentant en même temps du rachitisme, car ce dernier rend les os mous, malléables et exagère les déformations.

De la présentation. — Dans les 33 accouchements

nous avons trente fois la présentation du sommet et une fois la présentation du siège qui était ramenée à un sommet par la version. Les deux autres étaient des avortements.

Dans cette présentation nous trouvons :

Position

O.I.G.A.....	8 fois
O.I.G.P.....	2 fois, dégagée en O.S.
O.I.D.P.....	6 —

Les autres positions ne sont pas indiquées. Il semble donc ici, que les postérieures sont en plus grand nombre.

Chez Ortel, nous trouvons :

Sommet : 78 soit 92,85 o/o dont

O.I.G.A.....	24 fois
O.I.G.T.....	3 —
O.I.G.P.....	1 —
O.I.D.A.....	2 —
O.I.D.T.....	5 —
O.I.D.P.....	9 —

Non indiquée, 34 fois.

Siège : 5,95 o/o.

Tronc : 0,5 o/o.

Épaule : 1 (?).

Mode de terminaison de la grossesse

1° Accouchements spontanés à terme : 16 soit 48,5 o/o, chez Ortel 63,2 o/o, chez Demelin 34,88 o/o.

2° Avortements : 2 soit 6,06 o/o, chez Ortel 5,66 o/o.

3° Accouchements prématurés terminés spontanément : 5 soit 15,15 o/o, chez Ortel 6,6.

4° Accouchement prématuré terminé par manœuvres internes : 1 soit 3 o/o.

5° Accouchements à terme terminés par forceps : 3 soit 9 o/o, chez Ortel 3,77 o/o.

6° Accouchements provoqués : 5 soit 15,15 o/o dont 2 étaient terminés par le forceps.

Accouchements terminés par opération de Porro : 1 soit 3 o/o ; chez Ortel, 2, 83 o/o ; chez Demelin, 2,37 o/o.

Durée du travail. — Dans nos observations, il y a peu de différence entre la durée de travail chez les primipares et les multipares et la durée est en général assez longue, de cette cause probablement, que nous avons beaucoup de positions postérieures.

Chez les primipares	Chez les multipares
6 heures	11 heures
13 —	16 —
22 —	18 —
32 —	32 —
38 —	38 —
53 —	52 —
73 —	

Nous ne mettons pas la durée moyenne, car l'écart entre les différentes durées est trop grand.

Chez Ortel, la durée du travail est moins longue et la moyenne est chez les primipares, quinze heures et chez les multipares, douze heures et vingt minutes.

Il n'y a rien de spécial à signaler dans la délivrance et les suites des couches.

Nous n'avions pas eu de mortalité chez les femmes coxalgiques accouchées. Ortel note sur 63 femmes, 2 qui sont succombées. Et comme nous avons déjà dit, la mortalité chez Tracou est 9 pour 26 et chez Demelin 15 o/o.

Pronostic pour l'enfant. — Les enfants des coxalgiques se développent bien et le poids moyen des enfants à terme, d'après notre statistique, est 3290 gr. Chez Ortel, sur un plus grand nombre d'enfants, le poids moyen est 3340 gr.

La mortalité des enfants est de 16 o/o, d'après notre statistique. Sur 31 accouchements, nous avons 1 enfant mort pendant le travail, 4 enfants le lendemain, par le travail.

Il faut encore tenir compte de ce fait que 3 de ces enfants morts appartiennent à une même femme (obs. VI) qui présentait longtemps des suppurations, et qui, en outre de ses déformations, avait un rétrécissement. Donc le pronostic, même pour les enfants, n'est pas bien défavorable, mais il y a toujours des cas plus ou moins graves, qui deviennent avec le temps moins fréquents.

CHAPITRE VII

CONDUITE A TENIR EN CAS DE BASSINS COXALGIQUES

La grossesse chez les coxalgiques n'exige pas une conduite spéciale. Nous avons déjà vu que, presque toujours, la grossesse évolue d'une façon normale ; mais en général les femmes ne s'inquiètent pas de leur accouchement prochain et ne viennent pas consulter l'accoucheur : c'est là le danger. Les coxalgiques doivent être surveillées pendant la grossesse, car souvent leur bassin nécessite un accouchement prématuré pour laisser passer spontanément l'enfant à travers les voies naturelles. On doit donc examiner la femme comme nous l'avons indiqué au chapitre « Diagnostic ». Il ne faut pas oublier ce fait clinique que chez les multipares les enfants sont plus volumineux et que pour cette raison on peut avoir une dystocie là où précédemment il y avait un accouchement spontané à terme (obs. XIII) ; s'il existe un rétrécissement on provoquera un accouchement prématuré, qui a pour but d'obtenir un fœtus viable, mais moins volumineux. Plus tôt on provoquera

l'accouchement, moins gros sera le fœtus et plus facile en sera l'expulsion, mais moins le fœtus sera développé moins il sera résistant et moins il aura de chances de survie.

En considérant ces faits, on laissera l'enfant dans la cavité utérine se développer le plus de temps possible et on ne provoquera l'accouchement qu'au moment où le diamètre bipariétal du fœtus sera égal au diamètre utile de la femme. La pelvimétrie et le toucher renseignent sur les diamètres rétrécis, et quant au diamètre bipariétal du fœtus, on se rappellera qu'il correspond approximativement à l'âge de la grossesse. Ainsi : à six mois, 6 centimètres ; à huit mois, 8 cm.5 ; à neuf mois, 9 cm.5. D'autre part on se guidera par le palper mensurateur. Dès que la tête fœtale tendra à déborder la symphyse pubienne de la mère, on provoquera l'accouchement. On ne le provoquera pas avant sept mois et demi, car les enfants jusqu'à cet âge donnent une mortalité très élevée (85 o/o). Dans ces conditions on proposera à la femme d'aller jusqu'au terme de sa grossesse, elle se terminera alors par l'opération césarienne.

Lorsque la femme entrera en travail à terme et si l'accouchement spontané est reconnu impossible, on procédera à l'extraction du fœtus à l'aide du forceps ou de la version.

Le forceps est indiqué quand la tête se trouve orientée l'occipital en avant ou en transverse et suivant le grand diamètre oblique du détroit supérieur. Au cas où le sommet est mobile au-dessus du détroit

supérieur ou lorsqu'il occupe ce petit diamètre de l'entrée du bassin, ou enfin s'il s'agit d'une position occipito-postérieure, la version est indiquée de préférence au forceps. De plus, si la tête se trouve du côté élargi du bassin, on emploie le forceps ; la version sera préférée, si la tête est du côté étroit.

Si les tentatives d'application du forceps ou de version demeurent infructueuses, on pratiquera la basiotripsie. Il faut se demander si l'on doit ou non pratiquer la symphyséotomie ? En général, cette intervention est rationnelle quand un allongement d'un centimètre et demi suffit pour que la tête franchisse le diamètre antéro-postérieur ou quand il faut agrandir le diamètre sacro-cotyloïdien ou le diamètre transverse, ce qui est rare. Guéniot a obtenu avec cette opération beaucoup de succès dans le cas de luxation.

Dans le cas de coxalgie la symphyséotomie est contre-indiquée surtout par ce fait que les tiraillements subis par l'articulation malade pourraient avoir une influence fâcheuse et réveiller le processus inflammatoire. Si le bassin est obstrué (obs. de Hœcker) ou trop rétréci par les déformations (obs. XIII), on pratiquera l'opération césarienne ; mais cette éventualité est assez rare, comme on le voit d'après notre statistique.

On préférera l'opération de Porro à la césarienne conservatrice dans le cas où la poche des eaux est rompue depuis quelques heures, quand l'antisepsie

n'est pas rigoureuse, bref, quand on craint une infection.

Il peut se faire que l'adduction exagérée de la cuisse gêne au cours de l'expulsion du fœtus. On placera alors la femme dans le décubitus latéral, le côté ankylosé reposant sur le plant du lit (obs. V, VIII, XV).

Si la rotation et le dégagement ne s'effectuent pas spontanément, on est obligé de les exécuter artificiellement, à l'aide du forceps ou la version (obs. V). De même, on veillera à ce que l'occiput se trouve du côté large du bassin (obs. VI, quatrième grossesse).

Enfin, si on se trouve en présence d'abcès ou de fistules, il faut isoler les orifices cutanés, sources possibles d'infection au moment de l'accouchement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Année 1899)

Coxalgie droite (?) — Début à (?) — Accouchement spontané. — Sommet. — Durée du travail : trente-trois heures.

M. M..., I-pare, vingt ans.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — A marché à quinze mois, Coxalgie ancienne à l'âge (?) Réglée à quinze ans. Fièvre typhoïde à dix ans.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 27 au 29 novembre.
Œdème dans les derniers temps.

Entrée à la salle de travail le 23 juillet à 11 heures du soir, ayant mal depuis la veille à 10 heures du soir.

Présentation du sommet en O. I. G. A.

Accouchée le 27 juillet à 7 heures du matin d'un garçon de 2.470 grammes.

Placenta : 550 grammes.

Cordon : 45 centimètres.

État actuel. — Albumine.

Diamètres de la tête du fœtus :

Sus-OM	12 cm. 1/4
OM.....	12 cm.
OF.....	11 cm.
Sous-OF.....	10 cm.
Sous-OB _r	9 cm. 1/2
Bi-T.....	6 cm. 3/4
Bi-P... ..	8 cm. 1/2

OBSERVATION II (Année 1900)

Coxalgie gauche à 13 ans. — Traction continue pendant deux ans. — Ankylose presque complète de la hanche gauche en extension et légère adduction. — Accouchement spontané. — Durée du travail: quarante-huit heures.

M. G. . ., III-pare, vingt-cinq ans, lingère.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux à trente-deux ans.

Un frère a eu une coxalgie à l'âge de onze ans, bien guérie.

Antécédents personnels. — A marché à onze mois.

A treize ans a eu coxalgie gauche; a été malade pendant deux ans; a été traitée au moyen d'une traction continue à la fin de sa deuxième année de maladie.

Auparavant la malade, quoique souffrant de sa hanche, avait continué à marcher au moyen d'une béquille.

Réglée à treize ans; toujours régulièrement. Pas de pertes blanches. N'a jamais toussé ni craché du sang.

Première grossesse. — Il y a deux ans et demi. Accouchement normal. Durée: quatorze heures.

Enfant élevé au biberon, bien portant actuellement.

Deuxième grossesse. — Il y a un an et demi accouchement normal. Enfant élevé au biberon. Mort à six mois.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 1^{er} au 5 février.

Grossesse évolue sans aucun trouble.

Les premières douleurs ont débuté le 3 novembre au matin.

Rupture de la poche des eaux le 4 novembre à 1 heure de l'après-midi. Entre à la Maternité le 4 novembre à 7 heures du soir.

Présentation du sommet mobile au détroit supérieur en O. I. D. P.

Les battements fœtaux s'entendent en arrière et à droite.

Toucher : en explorant la cavité pelvienne, on constate un aplatissement latéral du côté gauche du bassin, le promontoire n'est pas atteint.

Le col utérin est ouvert comme 1 franc, les membranes sont rompues, la tête repose sur le détroit supérieur en O. I. D. P.

La femme a peu de contractions jusqu'au lendemain à 5 heures. A ce moment elles apparaissent plus énergiques.

A 8 h. 1/2 du matin, la dilatation est comme une pièce de 5 francs.

A 1 heure de l'après-midi, elle est complète ; la tête est engagée, la rotation est effectuée.

A 2 heures, expulsion d'une fille : 3.100 grammes un circonférence.

Délivrance normale dix minutes après. Caduque épaissie.

État actuel. — Bon état général.

La malade présente actuellement une ankylose presque complète de la hanche gauche ; le membre inférieur est immobilisé en extension et très légère adduction.

On constate à la partie antéro-supérieure de la cuisse une

cicatrice blanchâtre, profonde, déprimée, grande comme 2 francs environ.

Longueur. — Membre inférieur gauche 71 centimètres depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la malléole.

Membre inférieur droit 76 centimètres aux mêmes points de repère.

Membre inférieur gauche depuis le sommet du gros trochanter jusqu'à la malléole, 69 centimètres.

Membre inférieur droit, 71 centimètres.

Station debout. — La malade repose le poids du corps sur la jambe saine.

Diamètres externes du bassin :

Biépine	23 1/4
Bicrète.....	26
Conjugué externe.....	18

Au toucher, on sent un aplatissement de l'os iliaque du côté gauche, c'est-à-dire du côté de la coxalgie.

A l'auscultation du poumon. — A droite : en avant, diminution du murmure vésical ; en arrière, expiration prolongée sous la fosse sus-épineuse.

OBSERVATION III (année 1901)

Coxalgie gauche à cinq ans. — Abscès froids disséminés. — Mouvements d'abduction sont très limités, — Saillies anormales des épines sciatiques. — Application du forceps en O. I. D. P. — Déformation considérable de la tête de l'enfant. — Mort au deuxième jour.

B. C..., dix-neuf ans, imprimeuse.

A marché tard, A eu une coxalgie à cinq ans et des abcès

Froids disséminés ; aurait marché avec des béquilles jusqu'à l'âge de huit ans, âge auquel elle se serait guérie.

Actuellement, dit boiter en s'appuyant surtout sur la jambe droite.

Réglée à onze ans, régulièrement.

Pas de leucorrhée. Pas d'antécédents spécifiques.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, fin septembre. Vomissements matinaux journaliers. Pas d'autres incident. A tout le temps travaillé.

Les douleurs ont commencé le 14 juillet à 11 heures du soir.

A son arrivée, on constate une présentation du sommet engagé en O. I. G. A.

A l'auscultation, les battements sont perçus à gauche et en avant.

Au toucher, la dilatation est comme 5 francs ; les membranes sont intactes, on sent que les épines sciatiques et la pointe du sacrum sont saillantes, surtout l'épine sciatique droite.

A 8 heures du soir, la dilatation est complète. On rompt les membranes, le col se reforme.

A 1 heure, elle est de nouveau complète. A 11 heures, la tête franchit le col utérin, puis, à 2 heures du matin, voyant que la tête reste dans la même situation, on est décidé à intervenir.

La tête est dans l'excavation. Elle semble arrêtée par des épines sciatiques, qui sont saillantes.

La bosse sanguine seule dépasse le plan des épines sciatiques qui sont saillantes.

La tête est orientée, la grande suture étant dans le diamètre transverse.

Application du forceps oblique quant à la tête et quant au bassin.

Cuiller droite en arrière, à droite, cuiller gauche en avant et à gauche.

Pendant les tractions on sent tout à coup une sorte de ressaut : la tête a franchi le plan des épines sciatiques. Extraction facile, un circulaire.

L'enfant naît en état de mort apparente. Pas de réflexe. Battements de cœur perçus.

On le ranime péniblement grâce à l'aspiration, frictions, alcool, bains tièdes, aspersion froide, suspension la tête en bas, etc.

L'enfant porte une petite érosion sur la frontale gauche, résultat de la cuiller du forceps. La tête est transformée. Le pariétal droit chevauche sur le pariétal gauche. L'enfant présente de la paralysie faciale droite.

La délivrance est normale.

Dans la journée l'enfant a quelques petites convulsions surtout marquées du côté droit.

17 juillet. — L'enfant a succombé dans la nuit.

A l'autopsie on ne trouve aucune altération méningée ni encéphalique.

Etat actuel de la femme. — Les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse gauche sont possibles, les mouvements d'abduction sont très limités. Cicatrices étalées d'abcès froids ; un sur la joue droite ; trois sur l'avant-bras gauche ; un à la partie externe trochantérienne de la cuisse gauche, un à la partie internégénito-crurale de la cuisse gauche ; un au coude droit.

La région intercrurale et vulvaire est rouge, légèrement œdématisée, papuleuse, légèrement lichénoïde (syphilis ou intertrigo ?)

OBSERVATION IV (Année 1912)

Coxalgie gauche. — Ankylose incomplète avec adduction. — Atrophie du membre inférieur. — Aplatissement du côté gauche du bassin. — Accouchement spontané. — Présentation du sommet. — Enfant vivant.

M^{me} B..., vingt-six ans, I-pare.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — A cessé de marcher à l'âge de cinq ans une première fois. Une seconde fois à l'âge de dix ans, est restée au lit durant une année. Coxalgie ayant pour résultats une ankylose avec adduction (ankylose incomplète et en bonne position). Atrophie du membre inférieur gauche. Le grand trochanter, très épais au-dessus de la ligne Roser Nélaton (la débordé de 3 cm. environ).

Réglée à treize ans, régulièrement, règles durant de cinq à six jours. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 12 février, règles ayant duré cinq jours, assez abondantes, un peu plus abondantes que de coutume

Au début de la grossesse, faiblesses fréquentes ; presque tous les jours se sentait faiblir, mais ne tombait pas ; durée environ cinq minutes. Pas de perte de connaissance.

Vomissements fréquents à partir du deuxième mois, surtout au lever, après le déjeuner du matin, jamais au repas du midi. Vomissait tout et ne pouvait pas reprendre de nourriture. Épis-

taxis le premier mois. Pas d'hémorragie, mais deux fois des pertes blanches.

A senti remuer vers trois mois et demi, après une chute légère que la malade avait faite.

État actuel. — Distance entre pubis et l'épine antéro-supérieure droit 12 cm. 5 à 12 cm. $3/4$.

Entre pubis et épine antéro-supérieure gauche, 13 centimètres.

Diamètre conjugué externe, 17 cm. 5.

Losange de Michaëlis asymétrique : moins long du côté gauche.

Au toucher on trouve un aplatissement du côté gauche.

De l'épine iliaque antérieure gauche à la pointe de rotule, 36 cm. 5.

De l'épine iliaque antérieure droite à la pointe de rotule, 43 centimètres.

Du grand trochanter à la pointe de rotule gauche, 38 cm. 5.

Du grand trochanter à la pointe de rotule droite, 39 cm. 5.

De la pointe de rotule à l'extrémité du péroné, 36 cm. 5 à droite ; 33 cm. 5 à gauche.

Entrée à la salle de travail le 30 octobre à 10 heures du soir. A son arrivée on constate : présentation du sommet en O.I.G.A.

Au palper sus-pubien on sent la tête engagée. Au toucher les membranes sont rompues. Le col est effacé, dilaté comme 1 franc et à 11 h. 45 expulsion d'une fille.

Délivrance normale.

1^{er} novembre, au soir. — Température 37°2.

2 novembre, le matin. — Vulve œdématiée. Température 37°4, le soir même 39 degrés. Frisson.

3 novembre, le matin. — Température 37°5. Injection intra-utérine. Le soir, température 38 degrés.

7 novembre, matin. — Température 33°4.

7 novembre soir. — Bon état général. L'enfant croît. Suites de couches normales.

Diamètres de la tête :

Bi-T	7 cm. 5
Bi-P	8 cm.
Sous-OF	10 cm. 5
Sous-OB _r	10 cm.
OF	11 cm. 5
OM... ..	11 cm.
Sus-OM	12 cm.

OBSERVATION V (Année 1903)

Coxalgie gauche à quatre ans. — Immobilisation dans un appareil pendant deux ans et demi. — Ankylose en extension et adduction légère. — Aplatissement du côté malade. — Saillie très appréciable de la pointe du sacrum. — Accouchement provoqué à huit mois. — Expulsion spontanée d'un garçon vivant de 3.000 grammes, soixante-cinq heures après l'introduction de la sonde.

M^{me} L. . . , ménagère, trente-quatre ans, I-pare.

Antécédents héréditaires. — Une sœur morte à sept ans d'une affection articulaire (coxalgie?).

Antécédents personnels. — A marché jusqu'à quatre ans. A cet âge a commencé à souffrir de la jambe gauche. A été mise dans des appareils depuis l'âge de quatre ans jusqu'à six ans et demi et restait couchée pendant ce temps. A marché ensuite pendant

un an avec des béquilles : la jambe était alors ankylosée en flexion.

Vers l'âge de dix ans elle a commencé à marcher sans canne, munie d'une chaussure orthopédique de 9 centimètres de hauteur. Fièvre typhoïde étant enfant.

Réglée à quinze ans régulièrement (quatre jours). Léucorrhée de temps en temps, Mariée depuis quatre ans. Pas de fausses couches, ni gonococcie.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 20-25 juin.

20 juillet. — Aurait perdu quelques gouttes de sang. Leucorrhée assez abondante au cours de la grossesse. Nausées et vomissements au début de sa grossesse.

Ne sait pas quand l'enfant a remué pour la première fois.

État actuel. — Tempérament lymphatique. Blépharo-conjonctivite chronique avec taies cornéennes anciennes.

Squelette. — Membre inférieur gauche atrophié dans son ensemble. Immobilisé en extension et adduction légère. Grand trochanter remonte dans la fosse iliaque externe.

A gauche de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole externe, 82 cm. 5.

A droite de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole externe, 90 centimètres.

De l'extrémité supérieure du grand trochanter au condyle externe du fémur gauche, 44 centimètres.

De l'extrémité supérieure du grand trochanter au condyle externe du fémur droit, 45 centimètres.

A gauche le pli inguinal est beaucoup plus marqué et plus élevé qu'à droite. La femme étant couchée, l'épine iliaque et la crête iliaque du côté gauche sont plus élevées que du côté droit.

A gauche de l'épine iliaque antéro-supérieure à la tubérosité ischiatique, 18 centimètres.

A droite de l'épine iliaque antéro-supérieure à la tubérosité ischiatique, 20 cm. 5.

A gauche de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postéro-supérieure, 15 cm. 5.

A droite de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postéro-supérieure, 17 cm. 5.

Bi-épine.....	25 cm.
Bi-crête... ..	26 cm. 5
Conjugué ext.....	20 cm. 5

Atrophie de l'aile gauche du bassin.

La symphyse pubienne est fortement déjetée à gauche.

La femme étant debout ne peut pas se tenir qu'appuyée.

Le membre inférieur gauche est bien plus élevé que le droit.

L'épine et la crête iliaque gauche également.

Le losange de Michaëlis est asymétrique, mais légèrement. Atrophie de l'aileron gauche du sacrum.

Le pli fessier du côté gauche est notablement plus élevé que du côté droit.

Par ce fait la ligne interfessière est dirigée de haut en bas et de droite à gauche.

Au toucher : la partie droite de l'excavation est normale. Partie gauche : aplatissement très considérable. La pointe du sacrum forme une saillie très appréciable en avant. L'ensemble du sacrum est déjeté vers le côté malade. Diamètre sous-sacro-sous-pubien, 8 cm. 5 à 9 centimètres.

La face antérieure du sacrum regarde obliquement vers le côté sain.

Dernières règles 20 et 25 juin.

14 février. — Tête s'engage. Sa position tend à devenir droite.

16 février. — On constate la même chose. La patiente rentre chez elle et revient à la consultation chaque semaine.

2 mars. — La femme rentre le matin. La tête s'est bien engagée. L'échancrure sciatique est remarquablement large.

Col à son orifice externe est légèrement entr'ouvert.

On décide de provoquer l'accouchement, la femme n'étant plus loin du terme normal.

A 3 heures de l'après-midi, introduction d'une sonde après les soins de toilette et d'asepsie habituels.

A 8 heures du soir, rupture spontanée de la poche des eaux.

3 mars. — La sonde est expulsée. A 9 heures du matin, on constate que la sonde a entr'ouvert le col, l'a dilaté, sans qu'il soit effacé. Il est maintenant perméable à l'index.

A 6 heures du soir, on introduit un ballon dans la cavité utérine. N'ayant pu trouver chez les fournisseurs des ballons de Champetier, on introduit dans la cavité un ballon de Tarnier, rempli de 20 centimètres cubes d'eau boriquée tiède. La femme a immédiatement des contractions ; ces contractions restent énergiques et régulières jusqu'à 3 heures du matin.

4 mars. — A ce moment le ballon est expulsé et les contractions diminuent. Dans la journée les contractions reprennent. Le soir, le col est effacé. On administre 1 gramme de quinine à la parturiente qu'on fait coucher latéralement sur le côté gauche. Alors, la femme a des contractions qui deviennent plus fréquentes et plus énergiques et qui continuent toute la nuit.

5 mars — A 6 heures du matin, à l'examen, la dilatation est comme 5 francs, la tête est fortement engagée et l'occiput est à droite. A

8 heures, la dilatation est complète, et, à 9 heures, expulsion d'un garçon pesant 3.000 grammes.

Diamètres de la tête :

Bi-P.....	9 cm. 1/4
Bi-T.....	8 cm.
Sous-OF.....	10 cm. 5
Sous-OB.....	10 cm.
OF.....	11 cm. 5
OM.....	12 cm. 5
Sus-OM.....	13 cm. 5

Placenta 400 grammes. A l'examen, on voit que la caduque, qui est très épaisse, manque presque en totalité. Aussitôt après la délivrance, la femme perd en très grande abondance. malgré les injections vaginales chaudes ; on est obligé de vider l'utérus qui est rempli de caillots et en même temps on décolle et on retire une grande partie de la caduque, on fait une injection intra-utérine iodée. Déchirure du périnée ; quatre points de suture. Cordon 75 centimètres.

OBSERVATION VI (Année 1906)

Coxalgie droite à douze ans. — Immobilisation pendant onze mois. — Béquilles jusqu'à dix-huit ans. — La hanche droite est ankylosée en adduction et rotation interne. — Aplatissement du côté droit. — Accouchement provoqué au huitième mois. — Enfant vivant de 2.360 grammes.

M^{me} G..., ménagère, quarante-deux ans, V-pare.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — N'aurait jamais été malade avant douze ans. A cet âge la malade eut une coxalgie de la hanche droite, qu'elle attribua à une chute sur le genou. Elle garda le lit pendant onze mois, suppuration pendant un an. Depuis ce moment elle boite. Elle s'est servi de béquilles de l'âge de douze à dix-huit ans.

Premières règles à dix-neuf ans, régulières, durée huit jours.

Mariée à vingt-quatre ans. A eu quatre accouchements.

Première grossesse. — Terminée au dire de la femme par un accouchement à terme, qui nécessita une application laborieuse de forceps, qui amène un enfant mort pendant l'extraction et ayant, dit la femme, une tête aplatie.

Deuxième grossesse. — Débutant trois mois après la précédente, terminée par un accouchement provoqué au septième mois, ayant nécessité une application de forceps. L'enfant succombe la nuit suivante.

Troisième grossesse. — Débute trois mois après la deuxième. Nouvelle provocation de l'accouchement à sept mois. Nouvelle application de forceps, l'enfant meurt dans la nuit.

Quatrième grossesse. — Terminée à la Maternité ; on provoque l'accouchement au milieu du huitième mois (les dernières règles étant du 28 avril et la provocation fut faite le 17 décembre). On introduit un ballon le 17 au soir ; le lendemain matin la dilatation est complète. L'occiput se trouve du côté droit aplati du bassin. M. Schuhl rompt les membranes et pratique la version par manœuvres internes, ramenant ainsi l'occiput du côté large du bassin et extrait un enfant pesant 2:670 grammes. Cet enfant mourut à huit mois de méningite.

Cinquième grossesse actuelle. — La femme se présente à la consultation le 25 octobre. La dernière grossesse remonte à onze

ans. La femme est de petite taille, mesure 1 m. 45. Debout elle se tient sur sa jambe gauche, le membre inférieur droit étant notablement raccourci et appuyant sur la pointe du pied.

La cuisse est en adduction et rotation interne, présente de larges cicatrices nacréées d'ancienne suppuration ; la jambe forme avec la cuisse un angle ouvert en dehors. La ligne réunissant les deux crêtes iliaques est légèrement inclinée, le point le plus élevé répond au côté malade. Le sillon interfessier va de haut en bas et de gauche à droite. Le bassin présente une très notable antéverson, la vulve regardant en bas et en arrière. La colonne vertébrale est rectiligne jusqu'à la région sacro-lombaire, mais le sacrum est dévié en totalité vers le côté malade.

Le losange de Michaëlis ne présente cependant pas d'asymétrie notable.

Mensuration externe :

Biépine	22 cm. 3/4
Bicrète.....	25 cm.
Conjugué ext.....	17 cm.

La symphyse pubienne est fortement déjetée du côté malade. Au toucher : on constate que la ligne innominée du côté malade est très notablement aplatie, contrastant avec la courbure du côté sain, qui semble normal.

Le sacrum, qui est élevé dans sa totalité vers la droite, présente en outre, à sa partie inférieure, un peu au-dessus du coccyx, un angle ouvert en avant.

Outre ces déformations, attenant à la coxalgie, le bassin présente un rétrécissement antéro-postérieur.

Le promontoire est facilement atteint et le diamètre promonto-sous-pubien égale 10 centimètres ; diamètre utile 8 cm. 5.

25 octobre. — Lorsque la femme se présente pour la première fois, la hauteur utérine est de 25 centimètres. Les dernières règles datent du 12 au 18 avril. La femme était donc à la fin du sixième mois de sa grossesse.

Le fœtus est en présentation du sommet mobile au-dessus du détroit supérieur ; dos à gauche, battements normaux.

On dit à la femme de revenir tous les quinze jours à la consultation.

Entrée à la maternité le 3 décembre. La femme est au commencement du huitième mois. Le fœtus est toujours en présentation du sommet mobile, dos à gauche, c'est-à-dire l'occiput orienté du côté large du bassin.

La tête ne semble pas très volumineuse.

On décide de provoquer l'accouchement pour se mettre dans des conditions à peu près semblables à celles du précédent accouchement également provoqué au début du huitième mois.

5 décembre. — Provocation de l'accouchement. Le col est largement entr'ouvert et permet d'emblée l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes de contenance de 110 grammes.

L'introduction faite à 3 heures ne présente aucune difficulté.

Une demi-heure après la femme commence à avoir des contractions qui se reproduisent toute la nuit.

6 décembre. — A 6 heures du matin le ballon est expulsé dans le vagin et retiré. Le travail continue, les contractions sont régulières. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur, semblant se fixer pendant ses contractions.

A 8 heures du matin, la dilatation est comme une petite paume de main, la poche des eaux très saillante.

A 5 heures du soir la dilatation est un peu plus marquée, comme une large paume de main, la tête ne présentant encore

aucune tendance à l'engagement. Pendant la nuit le travail continue régulièrement.

7 décembre. — A 5 heures et quart du matin, la dilatation est complète, la poche des eaux se rompt spontanément, la tête se fixe aussitôt, puis s'engage en gauche postérieur.

Le mouvement de rotation se fait et à 6 heures moins 10 c'est-à-dire une demi-heure après la dilatation complète la femme expulse spontanément une fille pesant 2.360 grammes ne présentant aucune déformation de la tête avec une bosse séro-sanguine, à peine indiquée. Ses diamètres sont les suivants :

Sus-OM.....	12 cm. 1/2
OM.....	12 cm.
OF.....	11 cm.
Sous-OF.....	10 cm.
Sous-OB.....	9 cm. 1/2
Bi-T.....	6 cm. 3/4
Bi-P.....	8 cm. 1/4

La délivrance se fait normalement cinq minutes après.

OBSERVATION VII (Année 1906)

Coxalgie gauche à 22 ans. — Ankylose de la hanche. — Cicatrices d'abcès froids à la partie externe de la cuisse. — Accouchement spontané à terme. — Enfant vivant de 3.640 grammes.

M. M..., couturière, trente ans, deux grossesses.

Antécédents héréditaires. — Père mort, il y a neuf ans, de bacillose pulmonaire.

Antécédents personnels. — A marché à onze mois. Réglée à

quatorze ans. Menstruation régulière, non douloureuse, durée trois jours.

A vingt-deux ans, coxalgie à gauche. Actuellement raccourcissement léger de la jambe gauche, ankylose de la hanche, cicatrices d'abcès froids à la partie externe de la cuisse dans son tiers supérieur.

Première grossesse. — Garçon à terme nourri au sein, âgé actuellement de trois ans.

Deuxième grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 18 mars. Pas de phénomènes sympathiques.

Venue à la consultation plusieurs fois. Pas d'albumine. Premières douleurs le 27 novembre à 6 heures du soir. Entrée à la salle de travail à 11 heures, après avoir perdu les eaux à 10 heures du soir.

Sommet engagé en O. I. D. P. Enfant vivant.

Au toucher : col entr'ouvert.

28 novembre. — A 10 heures du matin, dilatation complète.

A 10 h. 1/2, expulsion d'un garçon pesant 3.640 grammes.

Diamètres de la tête :

Sus-OM.....	13 cm. 5
OM	13 cm.
OF.....	12 cm.
Sous-OF.....	11 cm.
Sous-OB _r	9 cm. 5
Bi-T.....	8 cm.
Bi-P	9 cm. 5

Délivrance normale. Placenta 800 grammes. Cordon 50 centimètres.

OBSERVATION VIII (Année 1907)

Coxalgie droite à sept ans. — Extension continue pendant cinq mois. — Luxation du côté malade. — Ankylose en flexion, adduction et rotation en dehors. — Fistules. — Atrophie de l'os iliaque droit avec léger aplatissement du côté malade. — Accouchement provoqué au neuvième mois. — Enfant vivant de 2.200 grammes.

M^{me} B..., vingt-deux ans, I-pare.

A commencé à marcher à l'âge de treize mois et n'a pas cessé jusqu'à sept ans. A cet âge, elle a été atteinte de coxalgie du côté droit. Elle n'a jamais porté un appareil et n'était soignée que par l'extension continue pendant cinq mois, après lesquels elle a marché avec des béquilles, puis avec une canne et enfin seule à partir de huit ans. En marchant elle s'appuyait toujours sur le membre gauche.

Réglée à dix-neuf ans, régulièrement pendant trois jours.

Première grossesse actuelle.

Dernières règles du 27 au 30 septembre.

N'a pas eu de phénomènes sympathiques.

La malade vient consulter à la Maternité le 16 mai.

Elle est de petite taille et présente une claudication du côté droit.

Les bosses frontales sont accentuées ; au niveau du thorax il existe un chapelet costal. Pas de déformations rachitiques des membres.

Le membre inférieur droit présente un raccourcissement et

une atrophie notables. A la palpation on sent le grand trochanter dans la fosse iliaque, élevé à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la ligne de Nélaton.

L'articulation est ankylosée et le membre inférieur est en flexion, adduction et rotation en dehors.

Il existe une forte lordose lombaire et le losange de Michaëlis est asymétrique, légèrement aplati à droite.

Au niveau du pli de l'aîne et de la partie supéro-externe de la cuisse, on note la présence des fistules desquels s'écoule de temps en temps du pus verdâtre.

L'état général de la femme est bon et on ne constate pas de signe de bacillose pulmonaire.

L'utérus est volumineux, à la palpation on perçoit un fœtus en présentation du sommet, position droite mobile au-dessus du détroit supérieur. La tête est petite.

La vulve regarde en bas et en arrière.

Au toucher on constate qu'il existe une atrophie assez notable de l'os iliaque du côté droit ; la ligne innommée droite est accessible au doigt explorateur et décrit une courbe moindre que normalement. L'aileron sacré droit est peu atrophié, on sent au niveau de l'épine sciatique droite un épaissement dont la pression fait écouler du pus par les fistules.

Le diamètre bi-ischiatique mesure 9 centimètres y compris les parties molles.

8 juin. — La malade est au début du neuvième mois de sa grossesse. L'utérus mesure 30 centimètres. Le fœtus est toujours dans sa position droite, l'occiput dirigé du côté malade.

La tête paraît volumineuse, mais semble devoir s'engager dans le détroit supérieur. On décide de provoquer l'accouchement. Le col est petit, ramolli, fermé.

10 juin. — A 8 h. 1/2 du matin on introduit une sonde qui pénètre profondément avec facilité.

La malade a quelques douleurs dans la matinée. Dans la soirée les douleurs deviennent plus fréquentes, et se répètent toutes les dix minutes environ. A 5 heures du soir le col est presque complètement effacé.

Pendant la nuit la malade a peu de douleurs.

11 juin. — La malade a des contractions régulières et le soir le col est effacé et dilaté comme 2 francs.

12 juin. — A 8 heures du matin la dilatation est comme 5 fr. A 6 heures du matin la malade a perdu un peu de liquide et ce fait se reproduit vers 8 heures. La poche des eaux existe toujours et fait saillie au moment des contractions. La tête a une tendance à s'engager et est descendue jusqu'au tiers supérieur de la symphyse.

A midi les membranes se rompent spontanément. A 1 heure du soir la dilatation est complète. La tête s'engage en O. I. D. P. Les battements sont normaux. On place la malade dans le décubitus latéral droit et on la laisse dans cette position jusqu'à la fin du travail.

A 2 heures, la rotation est faite. La malade est fatiguée.

On lui administre 1 gramme de sulfate de quinine.

A 2 h. 45, expulsion d'une fille de 2.200 grammes.

Ses diamètres de la tête :

Sus-OM.....	12 cm. 1/2
OM.....	12 cm. 1/2
O-F.....	11 cm. 1/4
Sous-OF.....	10 cm. 1/2
Sous-OB.....	8 cm. 1/2

Bi-T 7 cm. 1/2

Bi-P 8 cm. 1/2

Délivrance normale un quart d'heure après.

Placenta 400 grammes. Cordon 40 centimètres.

On constate sur les membranes une déchirure située à 1 centimètre environ du bord de la rupture.

OBSERVATION IX (Année 1909)

Coxalgie droite à six ans. — Absès froids. — Abduction et rotation en dehors de la cuisse ankylosée. — Bassin asymétrique. — Légère atrophie et aplatissement du côté droit. — Accouchement spontané à quinze jours du terme. — Enfant vivant de 2.900 grammes.

M^{me} P..., vingt-cinq ans, II-pare.

Coxalgie à six ans du côté droit. Marchait avec des béquilles pendant un an.

Première grossesse provoquée au neuvième mois. Enfant de 2.300 grammes. Bien portant actuellement.

Deuxième grossesse actuelle. — Dernières règles au 8-12 octobre.

Vient à la consultation le 10 juin. On constate un utérus peu volumineux ; la tête est mobile au détroit supérieur. Le dos est à gauche.

Bi-épine : 22 centimètres.

Bi-crête : 24 centimètres.

Distance de la symphyse à l'épine iliaque antéro-supérieure droite : 13 cm. 3/4

Distance de la symphyse à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche : 14 centimètres.

Conjugué externe 16 centimètres.

Au toucher on atteint difficilement le promontoire. Le promonto sous-pubien est de 11,4.

Une grosse collection purulente bombe dans le vagin. La pression de cette masse fait couler du pus par les fistules de la région fessière.

Le côté droit du bassin est légèrement atrophié et la branche ischio-pubienne est légèrement aplatie à gauche.

Entrée à la salle de travail le 3 juillet, à 8 heures du soir, ayant mal depuis la veille.

Tête mobile, dos à gauche. Enfant vivant. Col ouvert, membranes intactes.

A 10 heures, les membranes se rompent spontanément, le col est dilaté comme 5 francs. La tête se fixe, la suture sagittale est dirigée dans le diamètre oblique.

A 3 heures du matin, la tête est dans l'excavation, la rotation est effectuée.

A 4 heures, la femme expulse une fille pesant 2.900 grammes.

Diamètre de la tête :

Sus OM.....	13 cm. 5
OM.....	13 cm.
OF.....	12 cm.
Sous OF.....	11 cm.
Sous OBs.....	10 cm.
Bi T.....	8 cm.
Bi P.....	9 cm. 9

Délivrance normale dix minutes après.

Placenta 430 grammes. Cordon : 60 centimètres.

Une circulaire.

OBSERVATION X (Année 1910.)

Coxalgie gauche à cinq ans. — Absès froids. — Marche avec des béquilles pendant trois ans. — Saillie des épines sciatiques. — Atrophie de l'aileeron sacré gauche. — Accouchement spontané à terme. — Enfant vivant de 3.350 grammes.

B. C..., vingt-huit ans III-pare.

A marché à trois ans. A cinq ans, coxalgie et absès froids. Marchait jusqu'à huit ans avec des béquilles, boite en s'appuyant surtout du côté droit.

Réglée à onze ans.

On ne révèle pas par l'interrogatoire de spécificité ni chez le père, ni chez la mère.

Première grossesse à dix-neuf ans. — Accouchement au service à l'aide du forceps. La tête est en transverse dans l'excavation, arrêtée au-dessus des épines sciatiques. Tête très déformée. L'enfant meurt au bout de deux jours.

Deuxième grossesse. — Accouchement en ville. Sommet. Enfant à terme. Mort à cinq mois à l'hôpital. Elevé au biberon. La mère ne peut pas nourrir.

Troisième grossesse. — Père différent.

Dernières règles, novembre

Grossesse normale.

Entrée le 4 août à 8 heures du matin. A mal depuis 6 heures. Au toucher on sent col largement ouvert. Membranes intactes. Rien d'engagé. Hauteur utérine, 40 centimètres.

9 h. 30. — Dilatation comme deux franses. En touchant on sent facilement les deux épines sciatiques avec deux doigts d'une même main.

A l'examen le losange de Michaelis paraît asymétrique. L'aï-leron sacré gauche atrophié.

1 h. 30 du soir. — Dilatation comme cinq franses. La tête tend à s'engager.

8 h. 30. — Rupture spontanée intempestive lors d'un toucher. La tête s'engage. La dilatation est presque complète. Le col se reforme un peu. La tête est entre G.T. et G.P.

10 heures. — La petite fontanelle est franchement en arrière et à gauche. Les contractions sont très énergiques. Les battements sont réguliers. A partir de ce moment une bosse sanguine se forme.

Minuit. — Les bosses pariétales franchissent le plan des épines sciatiques.

12 h. 15. — Expulsion d'un garçon 3 kgr. 350. Dégagement en O.S. Délivrance normale. Placenta, 700 grammes. Cordon, 60 centimètres. Liquide amniotique abondant.

OBSERVATION XI (Année 1910)

Coxalgie droite à sept ans. — Accouchement spontané une dizaine de jours avant le terme. — Enfant vivant de 2.800 grammes.

L. L..., ménagère, trente-trois ans, I-pare.

Aurait été soignée pour coxalgie droite à l'âge de sept ans. Il ne reste pas de lésion. Elle ne peut pas dire quel traitement elle avait suivi.

Réglée à dix-sept ans, régulièrement de quatre à cinq jours de durée, assez abondantes, un peu douloureuses.

Dernières règles du 23 au 27 juin.

Malaises d'estomac, quelques céphalées.

Elle entre le 20 mars, à 9 h. 45 du soir, disant avoir mal et avoir perdu les eaux à 8 heures du soir.

Tête engagée en O. I. (†. A. Enfant vivant, col effacé et dilaté comme 1 franc.

A minuit 45, dilatation complète.

A 1 h. 15 expulsion d'un garçon de 2.800 grammes.

Diamètres de la tête :

Sus-O M.....	13 cm.
OM.....	12 cm.
OF....	11 cm.
Sous-OF.....	10 cm.
Sous-OB.....	9 cm.
Bi-T.....	7 cm.
Bi-P	8 cm. 5

Quinze minutes après, délivrance normale.

Placenta, 600 grammes. Cordon, 65 centimètres.

Une circulaire.

OBSERVATION XII (Année 1910)

Coxalgie droite. — Ankylose de la hanche en flexion. — Cicatrices d'abcès froids. — Luxation du fémur. — Cinq grossesses antérieures à terme. — Cinq enfants vivants. — Actuellement avortement de cinq mois.

M^{me} R..., trente et un an, VI-pare.

Strabisme et cécité de l'œil gauche.

Antécédents personnels. — Rougeole. État scrofuleux dans la première enfance. Érysipèle à quinze ans.

Réglée à quatorze ans, très régulièrement pendant trois ou quatre jours. Règles assez abondantes. Quelques pertes blanches intermenstruelles. A été immobilisée de quinze mois environ à quatre ans pour une coxalgie.

Première grossesse à vingt et un ans. — Accouchement à terme. Enfant vivant. Nourri au sein.

Deuxième grossesse. — Accouchement à terme. Enfant vivant. Nourri au sein.

Troisième grossesse. — Accouchement à terme. Enfant vivant. Nourri au sein.

Quatrième grossesse. — Accouchement à terme. Enfant vivant. Nourri au sein.

Cinquième grossesse. — Accouchement à terme. Enfant vivant. Nourri au sein.

Sixième grossesse actuelle. — Dernières règles, 24 au 29 juillet.

Elle entre à la Maternité, le 23 décembre, pour des pertes. L'affection a porté sur l'articulation coxo-fémorale droite. Quand la femme est examinée debout, on constate des différences dans la longueur des membres inférieurs. La jambe droite est diminuée de longueur, un peu atrophiée. La femme s'appuie sur le côté gauche; quant à la cuisse malade, elle est un peu fléchie. Raccourcissement du membre inférieur droit.

Il existe un certain degré d'ensellure lombaire et deux cicatrices cutanées, déprimées et adhérentes aux parties osseuses.

La femme étant couchée, on note une ankylose au niveau de l'articulation avec déplacement de la tête fémorale. Le trochanter se trouve un peu au-dessus de la ligne Roser Nélaton. Les mou-

vements de flexion et extension sont possibles, mais entraînent un déplacement du bassin. Le mouvement d'abduction est impossible. La lordose ne disparaît pas complètement en étendant la cuisse sur le plan du lit.

L'utérus dépasse l'ombilic. L'enfant est vivant. La femme le sent remuer.

Depuis le 7 décembre, la femme perd tous les jours un peu de sang, jusqu'au 20 décembre, date à laquelle l'hémorragie cesse pour apparaître de nouveau vers le 10 janvier; malgré les injections chaudes, le traitement laudanisé, l'écoulement sanguin persiste et coïncide le 21 avec des contractions.

22 janvier. — A minuit les contractions apparaissent plus violentes et plus rapprochées. Elle entre à la salle de travail à 2 heures du matin et expulse aussitôt un fœtus du poids de 850 grammes, long de 36 centimètres.

Vingt minutes après, délivrance normale.

Placenta, 280 grammes. Cordon, 42 centimètres.

Quelques troubles syncopaux après la délivrance.

OBSERVATION XIII (1) (Année 1911)

(Prise par M. A. Fruhinsholz.)

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, secondipare. Son père serait mort d'une affection des voies respiratoires, sa mère est morte en couches. Elle a eu neuf frères et sœurs qui sont encore vivants et tous parfaitement bien portants. Elle a com-

1. Cette observation était présentée par M. A. Fruhinsholz à la Réunion Obstétricale et Gynécologique de Nancy et ensuite publiée.

commencé à marcher de bonne heure. Elle a été atteinte de coxalgie gauche vers l'âge de sept à huit ans. Elle a d'abord été soignée à Strasbourg pendant un an par de l'extension continue. Au bout d'une année elle aurait subi une résection de la hanche à la suite de laquelle on l'aurait mise durant un mois dans un appareil plâtré. Après cela, elle se serait reprise progressivement à marcher avec des béquilles pendant quelques années, puis avec un haut talon. Elle aurait présenté pendant un certain temps après sa résection une fistule de la hanche, qui ne se serait fermée que tardivement en coïncidence avec l'établissement de la menstruation. Celle-ci est apparue à l'âge de seize ans et demi ; les règles ont toujours été normales et régulières.

Une première grossesse est survenue vers l'âge de vingt-six ans ; elle a évolué normalement : l'accouchement se serait fait à terme ou au voisinage du terme ; mais l'enfant ne pesait que 2.450 grammes ; l'accouchement se serait produit trente-six heures après la rupture de la poche des eaux ; la période d'expulsion aurait duré une demi-heure. Les suites de couches ont été normales. L'enfant a été nourri au sein durant trois mois. Il vit.

Pour ce qui est de la grossesse actuelle, les dernières règles ont eu lieu du 9 au 12 janvier 1911. La malade a eu souvent des faiblesses ; elle a eu quelques vomissements ; elle a senti remuer à quatre mois et demi.

Les premières douleurs sont apparues le 18 octobre 1911 à 11 heures du soir ; la rupture de la poche des os s'est faite spontanément le 19 à 11 heures du matin ; depuis ce moment les douleurs sont énergiques et fréquentes, revenant environ toutes les dix minutes. Le 21 la malade est vue par le Dr Hippolyte qui la dirige immédiatement sur la Maternité de Nancy où elle entre le 21 octobre à 2 heures de l'après-midi.

A son arrivée au service on fait les constatations suivantes : l'état général est bon ; la température est de 38 degrés. Le poulx est bon, battant à 80 pulsations par minute. La malade se plaint d'être en proie, depuis la veille, à un hoquet et à des éructations continuelles qui persistent encore. L'utérus est gros, en antéversion et latérotation droite, très prononcée ; il affecte nettement la forme d'un sablier ; on constate après évacuation à la sonde de la vessie dont l'urine est sanguinolente, que le segment inférieur est allongé et œdémateux et que la tête fœtale enveloppée par lui forme une voussure considérable ; elle déborde nettement au-devant du pubis et elle déborde aussi largement par sa région occipitale sur le plan de la fosse iliaque gauche ; elle paraît grosse et mesure 14 centimètres de dimensions occipito-frontales à travers les parties molles de la paroi abdominale. Le fœtus est orienté en O. I. G. T. Les battements sont normaux, bien que le liquide qui s'écoule soit vert. On perçoit les contractions utérines très fréquentes et on sent très bien à travers la paroi abdominale, très mince, parce que éventrée, le ligament rond gauche ressorti très en avant et traversant obliquement la ligne médiane qui se tend et se bande en quelque sorte en coïncidence avec les contractions utérines.

Au toucher, le col est effacé, encore épais, dilaté comme 5 fr. environ. La tête est tout entière au-dessus du détroit supérieur ; elle se prolonge par une bosse séro-sanguine volumineuse ; on perçoit la grande fontanelle qui est plutôt reportée vers la gauche.

La tête reste mobilisable, même au moment des contractions utérines toute l'excavation paraît étroite ; la ligne innommée est accessible au doigt dans toute son étendue ; le diamètre transversal est de 9 cm, 3 le bassin paraît être aplati à droite, atrophié à gauche,

L'épine sciatique gauche est particulièrement saillante ; le coccyx est dévié vers la droite. Si on considère le bassin du dehors, on constate que la cuisse gauche, notablement atrophiée, est ankylosée en flexion légère et adduction ; le grand trochanter gauche est remonté dans la fosse iliaque ; la moitié correspondante du bassin est en antéverson ; il existe une ensellure lombaire exagérée. On observe au niveau de la région trochantérienne gauche des lésions cicatricielles provenant de trajets fistuleux anciens et de points de suture dont on distingue encore les traces. Les diamètres externes du bassin sont les suivants :

Biépine.....	23 cm.
Bicrète.....	24 cm. 5
Conjugué externe.....	17 cm. 5 à 18 cm.

Des mensurations comparatives des deux moitiés du bassin dénotent une atrophie nette de la moitié gauche. Par exemple :

Distanse du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure :

Gauche : 12 cm. Droite : 15 cm. à 15 cm. 5

Distanse de l'ischion à l'épine iliaque antéro-supérieure :

Gauche 15 cm. 5. Droite : 18 cm. 5

Les dimensions biischiatique, parties molles comprises, sont de 8 cm. 5.

Le membre inférieur gauche, dans son ensemble est plus court et plus grêle que le membre inférieur droit.

En résumé, on se trouvait en présence d'un cas de bassin coxalgique apparaissant à première vue comme étant du type le plus habituel, c'est-à-dire atrophie du côté malade, aplati du côté sain et offrant un obstacle insurmontable au passage d'un gros enfant.

Peu importait à ce moment le détail des lésions anatomiques : la disproportion était évidente entre le bassin et la tête fœtale ; non seulement la disproportion était évidente mais il y avait menace sérieuse de rupture utérine en raison de l'obliquité de la présentation, de l'amincissement du segment inférieur et de l'œdème du tissu cellulaire sous-péritonéal à son niveau, de l'orientation et de la tension du ligament rond du côté gauche, de la rétraction considérable du corps utérin. Comme d'autre part l'enfant était vivant, que les conditions dans lesquelles la malade se présentait à la clinique, avec une poche des eaux rompue depuis plus de quarante-huit heures, soumise à une antiseptie plus que douteuse, étaient éminemment défavorables à une intervention chirurgicale conservatrice, il ne pouvait y avoir aucun doute sur l'opération à préférer qui devait être nécessairement une opération de Porro.

Celle-ci fut entreprise avec le concours amical et obligeant du Dr Gaston Michel, professeur agrégé, à 3 h. 1/2 de l'après-midi.

La tête fœtale dut être extraite par une sorte de manœuvre de Mauriceau à rebours qui la fit passer du segment inférieur dans le corps utérin, puis à travers l'incision. Une broche, au moment de son application, pique les vaisseaux du pédicule utéro-ovarien du côté gauche ; on les pince et on les lie ; on applique une ligature de sûreté à la soie sur les vaisseaux du moignon utérin.

L'enfant extrait, un garçon de 3.750 grammes, est pâle, a rendu son méconium et exige des soins énergiques qui le raniment au bout de 10 minutes. Les diamètres de la tête sont les suivants :

Sus-OM.....	14 cm. 5
OM.....	14 cm.
OF.....	12 cm. 5
Sous-OF.....	11 cm. 5

Sous OBr.....	10 cm. 5
BiT.....	8 cm.
BiP.....	9 cm.

La tête est très ossifiée ; elle montre que le pariétal postérieur chevauchait sous le pariétal antérieur et que l'occipital déborde sur le pariétal postérieur. L'enfant présente un certain degré de parésie faciale gauche.

Les suites opératoires furent marquées par une évolution sub-fébrile entre le sixième et le quinzième jour, après quoi la guérison se fit normalement et sans incident. Le moignon est tombé spontanément le onzième jour. La mère put allaiter son enfant qui pesait 4.800 grammes au moment de sa sortie de la clinique, soit au quarante et unième jour.

Revue fin 1912, elle se porte bien, mentionne qu'elle a éliminé un fil de soie (celui qui avait été appliqué sur le pédicule utéro-ovarien fixé à la paroi) manifeste une tendance à l'obésité et accuse des troubles subjectifs d'insuffisance ovarienne.

Mais ce qui ajoute véritablement à l'intérêt de ce bassin ne s'est révélé qu'à l'examen radiographique qu'ont bien voulu entreprendre pour nous MM. Guilloz et Lamy et d'où il résulte, en effet, indépendamment de la confirmation des lésions cliniquement constatées, que la ceinture pelvienne a subi au niveau de son arc antérieur une véritable dislocation autour de la symphyse pubienne.

Alors que les branches ischio-pubiennes et pubiennes du côté droit occupent une situation normale, celles du côté gauche ont éprouvé par rapport à celles-là une torsion de près de 90 centimètres ; elles ont basculé de telle façon que la branche horizontale du pubis se projetait en dehors, tandis que la branche ischio-pubienne, proprement dite, se déjetait en dedans, constituant

ainsi une réduction notable de l'aire pelvienne, surtout accentuée au niveau du détroit moyen et du détroit inférieur dans leur moitié correspondante.

Naturellement le mouvement s'est propagé jusqu'à l'épine sciatique et on remarque sur la radiographie une pointe très accentuée qu'elle pousse vers l'excavation. Cette lésion prononcée à un tel degré nous paraît être extrêmement rare (A. Fruhins-holz).

OBSERVATION XIV (Année 1912)

Coxalgie droite à treize ans. — Extension continue pendant près d'un an. — Atrophie du côté droit. — Accouchement spontané d'un enfant vivant de 3.050 grammes.

M^{me} W..., vingt-huit ans, I-pare.

Antécédents personnels. — A l'âge de treize ans, coxalgie de la hanche droite ; elle a été hospitalisée à cette époque au service du professeur Heidenreich ; on fit l'extension continue pendant près d'un an. Actuellement il y a ankylose incomplète de la hanche droite : les mouvements de flexion sont possibles dans une certaine limite ; les mouvements d'adduction et d'abduction sont tout à fait impossibles.

Raccourcissement réel de 4 centimètres.

Modifications du côté du bassin :

Bi-épine	23 cm. 5
Bi-crête	26 cm. 5
Baudelocque	17 cm. 5

Distance épino-ischiatique antéro-supérieure à cinquième lombaire :

A gauche, 20 cm.

A droite, 18 cm.

Épino-ischiatique :

Gauche, 16 cm.

Droite, 15 cm.

Distance épino-ischialique antéro-supérieure à épino-iliaque postéro-supérieure :

Gauche, 12 cm. 5

Droite, 12 cm.

Diamètre utérin : 10 cm. 5

Entre à la salle de travail le 9 décembre à 6 heures du matin, ayant mal depuis la veille à 11 heures du soir. Tête qui s'amorce en gauche. Enfant vivant. Col en voie d'effacement. Membranes intactes.

7 heures du soir. — Col effacé, dilaté comme 5 francs. La tête est dans l'excavation en G. A. fléchie.

8 h. 45. — Rupture spontanée des membranes. Dilatation complète. Tête sur le périnée.

9 heures. — Expulsion d'une fille de 3.050 grammes. Une circulaire.

Placenta 600 grammes. Cordon 60 centimètres.

Insertion marginale du placenta.

Déchirure du périnée, trois points de suture.

OBSERVATION XV (Année 1913)

Coxalgie droite à deux ans avec suppuration. — Intervention chirurgicale (?). — Ankylose presque complète de la hanche. — Accouchement spontané à terme (?). — Enfant vivant de 2850 grammes.

M^{me} D..., ménagère, vingt-sept ans, I-pare.

A l'âge de deux ans la malade a eu une coxalgie de la hanche droite terminée par suppuration et intervention chirurgicale ; actuellement il y a ankylose presque complète de la hanche droite.

Premières règles à quinze ans, régulières.

Première grossesse actuelle. — Dernières règles le 24 juillet.

Premières contractions le 24 avril à 3 heures du matin.

Entrée à 9 heures.

Tête qui s'engage en G. A. Enfant vivant.

Col dilaté comme 2 francs. Membranes intactes.

3 heures du soir. — Rupture spontanée des membranes, dilatation complète.

4 heures. — L'orifice vulvaire s'entr'ouvre. La femme est placée sur son plan latéral droit, pendant le dégagement de la tête.

4 heures et quart. — Expulsion d'une fille de 2.850 grammes.

Les diamètres de la tête :

Sus-OM.....	13 cm. 5
OM.....	13 cm. 1
OF.....	11 cm. 6
Sous-OF.....	11 cm. 1

Sous-OBr.....	9 cm. 4
Bi-T.....	7 cm. 7
Bi-P.....	8 cm. 5

Un quart d'heure délivrance par traction. Placenta 450 grammes.
Cordon, 55 centimètres.

OBSERVATION XVI (Année 1913)

*Coxalgie gauche à quinze ans. — Accouchement spontané
à terme d'un enfant vivant de 3.100 grammes*

M^{me} P..., ménagère, vingt-six ans, III-pare.

Coxalgie gauche à quinze ans. Réglée à onze ans régulièrement.

Première grossesse à vingt-trois ans. Accouchement à terme, nourri au biberon, âgé actuellement de trois ans.

Deuxième grossesse. — Avortement de deux mois.

Troisième grossesse actuelle. — Dernières règles au mois de septembre. A présenté des maux de tête.

Rupture de la poche des eaux le 16 juin à 5 heures du matin au moment des premières douleurs.

Entre à la salle de travail à 6 heures. A son arrivée on constate un sommet qui s'engage en O.I.G.A.

Enfant vivant. Col ouvert comme 2 francs. Membranes rompues.

A 3 heures, dilatation complète.

A 3 h. 40, expulsion d'un garçon du poids de 3.100 grammes. Vingt-cinq minutes, délivrance normale. Placenta, 500 grammes. Cordon, 50 centimètres. Rupture des membranes à 5 centimètres du bord,

CONCLUSIONS

1° La coxalgie est une affection de l'enfance qui laisse après la guérison des déformations du bassin, d'autant plus grandes que la maladie a débuté dans un plus jeune âge et surtout lorsqu'elle a été mal soignée.

2° Le bassin coxalgique doit être rangé dans la catégorie des bassins asymétriques. Les lésions les plus souvent observées sont : atrophie du côté malade et aplatissement de la ligne innominée siégeant tantôt du côté sain, tantôt du côté malade.

3° La grossesse évolue normalement sans accidents, pourtant les accouchements prématurés s'observent plus fréquemment. Le bassin coxalgique nécessite souvent l'accouchement provoqué.

4° L'accouchement a lieu d'habitude sans dystocie grave, sauf dans le cas du rachitisme concomitant ou dans la coxalgie mal ou non traitée.

5° Les enfants chez les coxalgiques se développent bien et leur mortalité n'est pas très élevée.

Vu : Nancy, le 5 janvier 1914

Le Président de la thèse,
A. HERRGOTT

Vu : le Doyen,
G. MEYER

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 8 janvier 1914.
Le Recteur de l'Académie,
CH. ADAM

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARONOVITCH. — La Coxalgie double au point de vue de son traitement. Thèse de Paris, 1910.
- AUVART. — Traité d'accouchement.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — Pratique de l'art des accouchements.
- BONNAIRE. — Bassin coxalgique. Article dans le Traité des accouchements de Tarnier et Budin.
- BUDIN et DÉMÉLIN. — Traité des accouchements.
- CALVÉ. — De la coxalgie double chez l'enfant. Thèse de Paris, 1906.
- CAZÉAUX. — Traité théorique et pratique des accouchements.
- CHALOCHET. — Du bassin coxalgique chez l'enfant. Thèse de Paris, 1901.
- CHARPENTIER. — Traité des accouchements.
- DÉMÉLIN. — Bassin coxalgique (Gazette des hôpitaux, 1890, p. 1025).
- FOUCHON-LAPEYRADE. — Contribution à l'étude de la coxalgie par la radiographie. Thèse de Paris, 1906.
- FRUHINSHOLZ. — Communication à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Nancy, 1913.
- GUÉNIOT. — Thèse d'agrégation, 1869. Paris.
- GUSSEROW. — Archiv. f. Gynækologie, 1876.
- HECKER. — Ueber ein durch rechtseitige chronische Coxitis im hohem Grade verengtes Becken Arch. f. Gyneck., 1881.
- IRESO. — De l'influence de l'accouchement et de la grossesse sur les ostéo-arthrites. Thèse de Paris, 1883.
- LANNELONGUE. — Étude sur la coxo-tuberculose.

- LE FORT. — Leçons sur la coxalgie, 1877.
- LENOIR, TARNIER, SÉE. — Atlas d'accouchement.
- LEVRET. — Art d'accouchement.
- L'HIRONDELLE. — Bassin sacro-coxalgique en accouchement.
Thèse de Paris, 1906.
- MAYGRIER. — Précis d'obstétrique.
- Acc. dystocique chez une femme coxalg. Bullet. de
Société d'Obst., 1900. Page 176.
- MÉNARD. — De la coxalgie.
- MILLOT. — Supplément à tous les traités sur l'art d'accouche-
ments.
- MICHEL. — Indication et avantage de l'accouchement provoqué.
Thèse d'Alger, 1912.
- NÈGELE et GREUZER. — Traité d'accouchement.
- ORTEL. — Du bassin coxalgique en accouchement. Th. de Paris,
1904.
- OTTO. — Misstalungen des Beckens.
- PEU. — La Pratique des accouchements.
- PROUVOST. — Bassin vicié par la boiterie. Th. de Paris, 1890
- SGHRÆDER. — Manuel d'accouchements.
- SOURDAL. — Étude radiographique de la hanche. Th. de Paris,
1909.
- TRACOU. — De l'influence de la coxalgie sur le bassin. Th. Paris,
1899.
- VERNEUIL. — De la Tendance pyogénique pendant la grossesse
et l'accouchement. Bullet. de Soc. de Chir., 1877, t.
3, p. 312.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I. — De la Coxalgie en général.....	13
CHAPITRE II. — Conformation du bassin coxalgique...	21
CHAPITRE III. — Pathogénie du bassin coxalgique.....	30
CHAPITRE IV. — Mécanisme de l'accouchement dans le bassin coxalgique.....	42
CHAPITRE V. — Diagnostic du bassin coxalgique.....	45
CHAPITRE VI. — Pronostic de la grossesse et de l'accou- chement dans le bassin coxalgique.....	51
CHAPITRE VII. — Conduite à tenir.....	63
OBSERVATIONS.....	67
CONCLUSIONS.....	104
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	105

